جامعة المنصورة
كلية الآداب

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة دراسة وصفية مطبقة على الاخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية بمدينة جدة

إعداد
دكتور/ عائض بن سعد الشهرانى
أستاذ مشارك ورئيس قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية
كلية الآداب والعلوم الانسانية
جامعة الملك عبد العزيز
المملكة العربية السعودية

مجلة كلية الآداب – جامعة المنصورة
العدد الخامس و الخمسون – أغسطس ٢٠١٤

دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة
دراسة وصفية مطبقة على الاخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية بمدينة جدة

د/ عائض بن سعد الشهراني

ملخص البحث

يعتبر العنف الاسري من أبرز القضايا التي أهتم بها الباحثين والدارسين والمهتمين بحقوق الانسان في العالم، ويعتبر العنف ضد المرأة من أكثر أنواع العنف الأسري ممارستاً ، وما ينتج عنه من أثارسلبية تنعكس على الحالات المعنفة، ولكون حالات العنف بشكل عام والعنف ضد المرأة بشكل خاص من الحالات المستفيدة من الخدمات التى تقدمها المستشفيات خاصة الحالات التى تعاني من الإصابات أو الجروح أو الحروق... الخ، اضافة الى التعامل مع الاضطربات النفسية المصاحبة للعنف والعمل على تأهيل ضحايا العنف، فقد تحددت مشكلة الدراسة فى دراسة دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة.

وتهدف هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة، تنتمي هذه الدراسة الى الدراسات الوصفية بالاعتماد على المسح الاجتماعي الشامل لجميع الأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الحالات المعنفة بالمستشفيات الحكومية بمدينة جدة، وبالعينة العمدية لبعض الحالات المعنفة ، وقد توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج منها :أهم الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة حيث جاءت المقابلة في مقدمة الاساليب المهنية،الملاحظة، ثم المحادثات التليفونية ، تلي ذلك المكاتبات والمراسلات ، الزيارة المنزلية فقد جاءت في الترتيب الاخير، كما أظهرت نتائج الدراسة أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات فردية للحالات المعنفة بالمستشفي وقد جاء في مقدمة تلك المعوقات عدم تعاون بعض أسرالحالات المعنفة مع الاخصائي الاجتماعي.

قدمت عينة الدراسة مجموعة من المقترحات للأخصائيين الاجتماعيين للتغلب على معوقات التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ، الأمر الذي يشير إلى ضرورة الاستفادة من تلك المقترحات في الممارسة الفعلية.

Abstract

Domestic violence is considered as one of the most prominent topics where researchers, scholars and those interested in human rights in the world have put greater focus on. Violence against women is the most dominant one causing negative impacts upon the battered cases. Cases of violence in general and violence against women in particular are amongst the cases that take larger benefits from the services delivered by the hospitals specially the injured, wounded and severely burnt cases. This comes in addition to the thorough dealing with the psychological disturbances associated with violence and the wider efforts support the rehabilitation of violence's victims. The study has identified the problem when it defines the role of medical social worker in tackling the battered cases.

The study aims to ascertain the role of medical social worker in dealing with battered cases. It is a descriptive study that adopts the criteria of social survey which embracers all the concerned social workers who handle the battered cases at some of Jeddah's governmental hospitals through the intentional sampling relevant to the battered cases. The study provides some findings including the major professional methods that should be used with the battered cases where the interview ranked on top of these techniques followed by the observation then the telephonic conversations, correspondences, while the home visits came last. The study refers to the most important obstacles facing the social worker when he starts providing the individual services for the battered cases in the hospitals, for example the lack of cooperation needed from the families of the battered people. The study has shown some of recommendations that are seen supportive for the social workers on how they can successfully overcome the obstacles facing them in this respect and how to apply such recommendations in their social work practice

أولا : مدخل لمشكلة الدراسة :

شكلت قضية العنف خلال العقود القليلة الماضية واحدة من أبرز القضايا التي شغلت الباحثين والمدافعين عن حقوق المرأة في العالم في ضوء ما أفرزته الدراسات المتعاقبة من نتائج كشفت عن العوامل السلبية النفسية، والاجتماعية، والثقافية الواقعة على الحالات المعرضة للعنف.

حيث تعرضت الأسرة في العصر الحديث لأزمات وتصدعات متعددة مثل سوء التوافق العاطفي، والغيرة، والخيانة الزوجية، والصراع على

السلطة في البيت، ومشكلات المرأة العاملة، وتنافر الثقافة والقيم والميول بين الزوجين، والإدمان على الخمر والمخدرات والمقامرة، والإسراف والبخل، والفشل في تكوين علاقات ناضجة مع الآخرين ومشكلات دور الحضانة والمواصلات، والمرض والعقم والهجر والسجن والطلاق والوفاة والبطالة والفقر وسوء تربية الأبناء وانحراف الإحداث والعنف (رشوان،٢٠٠٣: ٨٨)

ويعتبر العنف الأسري تجاه المرأة وبخاصة حالات العنف الجسدي والنفسي من أكثر أشكال العنف الأسري انتشارا، ويعدان كذلك أكثرها جدلاً نظراً لكونهما يمثلان انتهاكا لحقوق الإنسان التي تحدث ضمن محيط العائلة التي تكون غير خاضعة في كثير من الأحيان للحماية التي توفرها الدولة والعقوبات القانونية وآليات العدالة الاجتماعية، غير أن الازدياد المطرد في حجم الحالات التي تبلغ إلى مراكز الشرطة والمستشفيات والجوامع والمؤسسات التنموية والمنظمات غير الحكومية قد حتم ضرورة الاستجابة لهذه المشكلة(فتحى، ٢٠٠٧ :٤٥٦،٤٥٥).

وبالرغم من أن العنف يتضمن كل أشكال الأذى أو الضرر الذي يوقعه فرد ضد فرد آخر، إلا أن الإحصائيات لا تدع مجالا للشك بأن الأنثى تشكل الغالبية العظمى من ضحاياه، فقد أشارت الأدبيات الحديثة إلى ازدياد ملحوظ في العنف ضد المرأة والطفل، حيث جاءت إحصائيات مؤتمر بكين لتوضح أن ٦٦% من النساء يتعرضن للإهانة في المنزل ومكان العمل، ٣٥% يتعرضن للضرب، ٩٣% منهم يعاشرن جنسياً بالإكراه، كما تعاني المرأة من الاضطرابات النفسية الناجمة عن العنف، كذلك أظهرت نفس الدراسة ألوان أخري من العنف تمارس تجاه المرأة من قبل أزواجهن، حيث المنع من الاختلاف في الرأي بنسبة ٨٨%، والمنع من السفر للخارج بنسبة ٦٩%، والمنع من الخروج من المنزل بنسبة ٨٣% (الساعاتى،٢٠٠٥: ٢٥٣،٢٥٤). أما عن المجتمعات العربية، فالأمر لا يختلف كثيراً عن المجتمعات الأوربية، حيث أشارت إحدى الدراسات إلى أن (٤٢%) من حالات العنف في الوطن العربي تتم ضد الزوجات (الجبرين،١٤٢٦: ١٨).

الأمر الذي جعل العنف عامة والأسري خاصة ظاهرة مرتبطة بالمرأة. حيث يقف وراء قضية العنف ضد المرأة مجموعة من العوامل والأسباب، متمثلة في العوامل الثقافية والتربوية والعادات والتقاليد والعوامل البيئية والاقتصادية والاجتماعية.

وتأسيسا على ما سبق فقد حظيت رعاية المرأة عامة والمعنفة خاصة باهتمام كافة التخصصات الانسانية والتي منها مهنة الخدمة الاجتماعية، حيث تعد مهنة الخدمة الاجتماعية من المهن التي تتعامل مع قضايا المجتمع بكفاءة وفعالية بما لديها من قدرة للتعامل مع تلك القضايا، اضافة الى قدرتها للتعامل مع مختلف الفئات بغرض تقديم الانشطة والبرامج الوقائية والعلاجية والتنموية لمساعدة تلك الفئات لمواكبة

الظـروف الاجتماعيـة المتغيرة(توفيـق، ٢٠٠٢: ٢٩٧).

ولقد اتضح ذلك في العديد من الدراسات السابقة والذى منها: دراسة Maloke (١٩٨٩) حيـث أشـارت أن حـالات ضـرب الزوجـات وتعرضـهم للعنـف يرجـع إلـى العديـد مـن العوامـل والتي من أهمها، العوامل الاقتصادية، وقد أرجعت الدراسة ذلك إلى عدم قيام الأسرة الممتدة بدورها فـي دعـم أفـراد الأسـرة، كمـا أكـدت دراسـة عبـد الوهـاب(١٩٩٤م) أن أسـباب العنـف ضـد المـرأة يرجـع إلـى أسـباب اقتصـادية،انخفاض المسـتوي التعليمي والثقافي للزوجين.

فـي حـين أوضـحت دراسـة منـال عقـل (٢٠٠٤ م) أن العنف الأسري يرجع إلى عوامل اقتصـادية تتمثـل فـي الظـروف الاقتصـادية والضـغوط الحياتيـة، وعوامل اجتماعيـة تتمثل فـي المشـاحنات والنزاعـات الأسـرية ، كمـا أن للعوامـل الثقافيـة المتعلقـة فـي المحافظـة علـى الشـرف والعـادات والتقاليـد المرتبطـة بكينونـة المـرأة مـن أسباب العنف الأسري.

وأضـافت دراسـة زينـب البـاهي، ناصـر عبـد التـواب (٢٠٠١م) ان الخدمـة الاجتماعيـة كاحـد المهن لهـا دور بـارز فـي الاهتمـام برعايـة الاسـرة وحفـظ كيانهـا مـن المشـكلات التـى تتعـرض لهـا سـواء علـى المسـتوي الفـردى أو الجمـاعى أو المجتمعـي، حيـث ينطلـق الأخصـائى الاجتمـاعي من خلال مؤسسات المجتمع المختلفة ليعمل على فهم النسق الاسرى وفتح قنوات اتصال بينه وبين انساق الاسرة الفرعية (الزوج – الزوجة – الابناء – الاهل) حتى يحدد الاسباب التى تؤثر في هذا الكيان ويتدخل مع اكثر العوامل تأثيرا فيها.

وتناولـت دراسـة حسـن الشـيخ (٢٠٠٥ م) أهم المتغيرات الأسرية المرتبطـة بممارسـة العنـف ضـد الأطفـال وتحديـد العلاقـة بـين المتغيـرات الأسرية وممارسة العنف الأسري، حيث انتهت إلى أن هنـاك علاقـة دالـة إحصـائياً بـين المتغيـرات الأسـرية والمتمثلـة فـي (السـن، المسـتوي التعليمـي للوالدين،الـدخل، العلاقـة بـين الـزوجين، أسـاليب التنشـئة الاجتماعيـة) والعنـف الأسـري بأنواعـه المختلفة.

كـذلك أظهـرت دراسـة رشـاد عبـد اللطيـف (٢٠٠٥ م) أن مـن أسـباب العنـف الممـارس ضـد الزوجة عصيان الزوج، والإهمال ، كثرة المطالب، العنـاد، عـدم رعايـة الأبنـاء، عـدم الحـرص علـي الحيـاة الزوجيـة ، فـي حـين تـم الـربط بـين العنـف ضـد الزوجـات وبعـض السـمات الشخصـية والاجتماعيـة للـزوج والمتمثلـة فـي الغيـرة، التقاليـد، تـدني مسـتوي المعيشـة، ضـعف شخصـية الـزوج، إدمان المخدرات، عدم الاحترام المتبادل، واضافت أن هنـاك مجموعـة مـن المسـتويات والمـداخل المهنيـة فـي مواجهـة العنـف الاسـري والتـى منهـا: المـدخل الاخلاقـى الاسـري، المـدخل الطبـي والتثقيف الصحى العام، مدخل المعلومات، مدخل التـدريب علـى مهـارات الحيـاة، مـدخل الحمـلات الاعلاميـة، مـدخل الحمـلات المجتمعيـة لمكافحـة العنـف الاسـرى، المـدخل الاجتمـاعي الثقـافي، مـدخل حـل المشـكلة، المـدخل الوقـائى المتكامـل،

بالإضـافة الـى مهـارات فـي توجيـة التفاعـل أو مهارات عملية تطبيقية.

أما دراسة محمد حسن (٢٠٠٦م) فقد أظهرت أهم الآثار المترتبة على ظاهرة العنف المجتمعي تجـاه المـرأة، حيـث انتهـت إلـى أن المـرأة تواجـه العديـد مـن الآثـار جـاء فـي مقـدمتها إصـابتها بـالإمراض العضـوية والنفسـية، كذلك أظهرت أنها تعـاني مـن مشـكلات عاطفيـة متمثلـة فـي عـدم الإحسـاس بـالأمن، الاسـتقرار العـاطفي ، فقـدان الحـب والحنـان، عـدم احتـرام الجيـران لهـا، كمـا أظهرت تعرض المرأة للمشكلات الأسرية المتمثلة في الهجر والطلاق.

كذلك أشارت دراسة خالد برقاوى (٢٠٠٧م) أن العنـف الاجتمـاعي يظهـر عنـد قيـام المعتـدي بفرض العزلـة الاجتماعيـة علـى أحـد أفراد الأسرة، كمنـع الزوجـة أو الأبنـاء مـن زيـارة الأقـارب والأصدقاء وحرمانهم من استقبالهم.

فـي حـين ركـزت دراسـة محمد الغامـدى وآخرون(٢٠٠٨م) أن من الأسباب المؤدية للعنف الأسـري انعـدام الاحتـرام والتفـاهم بـين الـزوجين ، عدم تفهم الطرف الأخر ، كذلك بعض الصفات الشخصـية لـدي المعنـف مثـل العصـبية، الأنانيـة، الغيـرة، بالاضـافة الـى أن الضـغوط الحياتيـة ومشـكلاتها وعـدم قـدرة الـزوج علـى مواجهتهـا والتعامل معها إيجابياً ربما تدفعه إلى أن يتصرف بعنف مع أقرب الناس إليه وهي زوجته.

وتـري دراسـة سـلمى الحربـي(٢٠٠٨م) أن طبيعة معاملة الرجل للمرأة في المجتمع السعودي تأثرت ومازالت تتأثر بالعديد من العوامل التي من أهمهـا: العـادات الاجتماعيـة، مميـزات المجتمـع، درجة التعليم، التركيبة الاجتماعية، الآفات الدخيلة علـى المجتمـع، فنجـد أن المجتمـع السـعودي كغيره من المجتمعات يتميز بتحكيم العادات والتقاليد في معظـم الأمـور الخاصـة كتفضـيل إنجـاب الـذكور علـى الإنـاث، والغيرة غير المبررة، وإرجـاع الأهل للزوجـة بـالإكراه إلـى زوجهـا بحجـة الخـوف مـن ضياع الأطفال وتعاطيهم المخدرات.

ولقـد أوصـت دراسـة عـائض الشـهراني (٢٠٠٨م) بضـرورة الاسـتفادة مـن نظـام الحمايـة الاجتماعية الصـادر عن وزارة الشئون الاجتماعية لحمايـة ضـحايا العنـف، وبـذلك يكـون هنـاك قنـاة تعاونيـة تجمـع بـين نظـام الحمايـة الاجتماعيـة وجهود الجمعيات الاخرى المعنية بالشان الاسري، تخصـيص صـندوق وطنـي لتمويـل كافـة البـرامج والدراسات والبحوث الخاصة بدعم ضحايا العنف الاسري وتاهيل الأخصـائيين الاجتمـاعيين وتفعيل التعـاون المشـترك بينهم وبـين فئـات المجتمـع مـن اجل تشكيل اطار علمي يفيد في الحد من ظاهرة العنـف الاسـرى وفـق اليـات محـددة ومـن خـلال الاستعانة بمراكز الابحاث والدراسات التى يمكن ان تـوفر حلـول اجتماعيـة أو التعامـل مـع مراكـز ضحايا العنف الاسري.

اما دراسة Brian (٢٠٠٨م) فقد أوصت أن هنـاك احتياجـات تدريبيـة للعـاملين مـع ضـحايا العنف الاسري لتقديم الخدمات العلاجية، ومن بين هـذه الاحتياجـات ضـرورة الإلمـام بمعرفـة كافيـة حول السمات والمظاهر المختلفة للعنف الاسري، امتلاك القدرة على اكتساب المهارات التأثيرية في

التعامل مع ضحايا العنف الاسري وفقاً لخصوصية وطبيعة كل حالة، ضرورة الالمام بالمسائل القانونية الخاصة بتقديم المساعدة وخدمات العلاج والرعاية لضحايا العنف الاسري.

كما كشفت دراسة خالد الرديعان(٢٠٠٩م) في نتائجها أن أنماط العنف الشديدة كالبدني والجنسي قليلة الانتشار، بينما ينتشر العنف الاجتماعي واللفظي والاقتصادي بدرجة كبيرة، وأرجعت أسباب العنف لعوامل كثيرة، ومنها :تشبث المرأة برأيها"، وكثرة متطلباتها المادية، وعدم طاعة الزوج أو الولي.

دراسة Butler (٢٠٠٩م) والتى أوضحت أن هناك علاقة بين متغيرات الدخل والحالة الوظيفية والحالة التعليمية وتناول العقاقير والعنف الاسري بالإضافة الى أن التوتر وعدم الاستقرار داخل الاسرة وضعف مواردها له تأثير في انتشار معدل العنف.

دراسة قاسم (٢٠٠٩م) والتى اقترحت برنامج لرفع مستوي الاداء المهني للأخصائيين الاجتماعيين مع حالات العنف الاسرى في اطار هدف عام وهو تنمية المهارات الاسرية أو التطبيقية لعملية الممارسة لتحقيق أغراض وأهداف العمل المهني، وقد تحددت أهداف البرنامج في تنمية: الجوانب المعرفية للأخصائى الاجتماعي وتنمية قدرته في تطبيق المهارات نحو نسق الاسرة.

دراسة حجازى، الميزر (٢٠١٢م) لقد أوصت الدراسة بضرورة نشر الوعي لدى افراد المجتمع حول خطورة انتشار ظاهرة العنف بصفة عامة والعنف الاسري بصفة خاصة، بالإضافة الى سن القوانين والتشريعات التى تعاقب على ممارسة العنف بكافة انواعه وإشكاله وتفعيل تنفيذ المرجو منها، تحقيق الشراكة بين المؤسسات الحكومية ومنظمات المجتمع المدني المعنية بالأسرة والمرأة من اجل الوقاية وعلاج هذه الظاهرة.

ومن خلال تحليل الدراسات السابقة يتضح الاتي:

١. أظهرت الدراسات السابقة العوامل والأسباب المؤدية للعنف ، بالإضافة الى تحديد أهم المشكلات التي تعاني منها الحالات المعنفة .
٢. كشفت الدراسات السابقة عن أهمية العمل مع الحالات المعنفة وذلك للتخفيف من الآثار الاجتماعية والنفسية المترتبة عن العنف ، حيث استفاد الباحث من هذه الدراسات فى بلورة وإيضاح أهمية الدراسة الحالية وأهدافها.
٣. الخدمة الاجتماعية كأحد المهن لها دور بارز في رعاية الاسرة وحفظ كيانها من المشكلات التى تتعرض لها سواء على المستوى الفردى أو الجماعي أو المجتمعي.
٤. أن هناك العديد من المستويات والمداخل المهنية في مواجهة العنف الاسري.
٥. ضرورة الاستفادة من نظام الحماية الاجتماعية الصادر من وزارة الشئون الاجتماعية لحماية ضحايا العنف .
٦. أن هناك احتياجات تدريبية للعاملين مع ضحايا العنف الاسري.

ولكون حالات العنف بشكل عام والعنف ضد المرأة بشكل خاص من الحالات المستفيدة من

الخدمات التى تقدمها المستشفيات خاصة الحالات التـــى تعـــاني مـــن الإصـــابات أو الجـــروح أو الحـــروق... الـــخ، اضـــافة الـــى التعامـــل مـــع الاضـطربات النفسـية المصـاحبة للعنـف والعمـل على تأهيل ضحايا العنف.

وانطلاقـــا مـــن التطـــور الســـريع للخدمـــة الاجتماعية الطبية يمكن القول بأن المواقف التي تتعامـل معهـا أصـبحت شـديدة التعقيـد، متعـددة الجوانـب الأمـر الـذي يترتـب عليـه تزايـد حاجـة الأخصـائي الاجتمـاعي الطبـي إلـى معـارف تتعلـق بموضـوعات كثيـرة ومتباينـة عـن الفـرد والأسـرة والعلاقات البيئية (بشير، ١٩٩٢: ٦٤٥).

فالأخصـائي الاجتمـاعي فـي المجـال الطبـي يلعب دوراً هاماً ورئيسياً فـي الحد من المشكلات المختلفة التى تواجه المرضي، الامر الذى يتطلب أن تكون دراسة هذه المشكلات ذات إطار وظيفي يوضـح صـلاتها ببعضـها وتأثيراتهـا المتبادلـة، وتتطلـب أن يكـون لـدى الأخصـائي الاجتمـاعي وعياً كافاً بحقيقة مهنته وان يضع في إعتباره أنه يتعامل مع كائن مركب من المشكلات وليس مع مشـكلات مفـردة أو معزولـة (حـافظ، وجايـد، ١٩٩٠: ٥٩،٦٠).

وفـي ضـوء مـا سـبق فقـد تحـددت مشـكلة الدراســة فــي : مــا دور الأخصــائي الاجتمــاعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة؟

ثانياً : أهمية الدراسة :

١.ما تمثله المرأة من قوى بشرية حيث أنها تمثل نصف المجتمع ومن ثم لابد من مساعدتها في كافة النواحي حتى يمكن أن تشارك بفعالية في برامج التنمية.

٢.الآثـــار الصـــحية والاجتماعيـــة والنفســـية والاقتصادية المترتبة على ممارسة العنف ضد المرأة.

٣.ما تمثله مهنة الخدمة الاجتماعية من أهمية في التعامـل مـع الحـالات المعنفـة فـي مؤسسـات الخدمــة الاجتماعيــة عامــة والمجــال الطبــي خاصة.

ثالثاً : أهداف الدراسة :

تسعي الدراسة إلي تحقيق مجموعه من الأهداف تتمثل في:

١. وصف وتحليل دور الأخصائي الاجتماعي الطبـي فـي التعامـل مـع الحـالات المعنفـة بالمستشفي.
٢. وصـف وتحليل أهـم المعوقـات التـي تواجـه الأخصـائي الاجتمـاعي الطبـي فـي التعامـل مع الحالات المعنفة بالمستشفي.
٣. التوصـل الـى أهـم المقترحـات الاخصـائيين الاجتمـاعيين للتغلـب علـى معوقـات التعامـل مع الحالات المعنفة بالمستشفي.

رابعاً : تساؤلات الدراسة :

حاولـت الدراسـة الإجابـة علـى التسـاؤلات التالية:

التســـــاؤل الأول: مـــا دور الأخصـــائي الاجتمـاعي الطبـي فـي التعامـل مـع الحـالات المعنفة بالمستشفي ؟

ولقد تحددت مؤشرات الدور في الاتي:

أ. اهم الإجراءات المهنية مع الحالات المعنفة ؟
ب. اهم الإجراءات المهنية مع أسر الحالات المعنفة ؟
ج. اهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة ؟
د. أهم الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة ؟
ه. أهم الاساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة ؟
و. أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة ؟
ز. أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة ؟
ح. أهم الخدمات المجتمعية المقدمة للحالات المعنفة ؟

التساؤل الثاني: ما أهم المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ؟

التساؤل الثالث: ما أهم مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين للتغلب على معوقات التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ؟

خامساً : الموجهات النظرية للدراسة

نظرية الدور:

يعرف الدور بأنه نماذج محددة ثقافيا للسلوك وملزمة للفرد الذي يحتل مكانة محددة ، كما أنه معيار اجتماعي مرتبط بوضع اجتماعي معين على علاقة تبادلية معينة (السكري، ٢٠٠٠ :٨٦). وترى نظرية الدور أن دور الفرد هو مجموعة من الأفعال والتصرفات التي يتعلمها أما بصورة مقصودة أو بشكل عارض من خلال موقف يتضمن تفاعل (عبد الخالق، ١٩٩٩ :٧٣).كما يعرف بأنه جملة الأفعال والواجبات التي يتوقعها المجتمع من هيئاته وأفراده ممن يشغلون أوضاعاً اجتماعية في مواقف معينة (خاطر، ١٩٨٤: ٥٦)

وقد ركزت المفاهيم السابقة على أهمية شاغل الدور حيث أوضحت السلوك المتوقع للفرد شاغل الدور ومدى تأثير هذا السلوك في الآخرين. كما ركزت المفاهيم على أهمية المكانة الاجتماعية لشاغل الدور والمردود الاجتماعي لسلوك الفرد بناء على تلك المكانة، ويحدث التكامل في الأدوار إذا قام كل فرد بدوره بشكل تلقائي دون صعاب، وبالطريقة المتوقعة منه (الصديقي، ١٩٩٨: ٤٢).

وتأسيسا على ذلك فأن نظرية الدور في الدراسة الحالية يمكن الاستفادة منها في التركيز على مجموعة التصرفات والأفعال التى يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي وأسرهم

سادساً : مفاهيم الدراسة :

أ. دور *الأخصائي الاجتماعي الطبي:*

يعرف الدور بأنه نمط سلوكي اجتماعي متوقع من قبل الفرد ، وعادة ما يتحدد الدور بمركز الفرد في مجتمع معين (Webster, 1986:1021)، كما يعرف بأنه السلوك المتوقع من الفرد في الجماعة وتحدده الثقافة السائدة، وقد

يكون الدور مفروضاً أو مكتسباً(بدوى، ١٩٩٣: ٤٤١).

كما يستخدم مصطلح الدور ليشير إلى بعض الحقوق والواجبات التي ترتبط بوضع محدد للمكانة داخل جماعة أو موقف اجتماعي معين ويتحدد دور الشخص في أي موقف عن طريق مجموعة توقعات يعتنقها الآخرون كما يعتنقها الشخص نفسه (غيث، ١٩٩٤: ٣٩٢).

وتعرف الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها تلك الجهود المهنية التي يبذلها الاخصائي الاجتماعي في المؤسسة الطبية ومع البيئات المختلفة للمريض بهدف إفادته القصوى من جهود الفريق الطبي كي يتماثل للشفاء ويحقق أقصى أداء اجتماعي له في أسرع وقت(المليجى،٢٠٠٢: ٣٥).

وتعرف وزارة الصحة السعودية الخدمة الاجتماعية الطبية بأنها(وزارة الصحة السعودية، ١٤٢٢: ٢٨.):

١. إحدي فروع الخدمة الاجتماعية بصفة عامة.
٢. يكون مجال تخصصها العمل في المؤسسات الطبية وأساسها العمل المشترك بين الطبيب وهيئة التمريض والأخصائي الاجتماعي . وتهدف إلى الوصول بالمريض للاستفادة الكاملة من العلاج الطبي.
٣. هي العمليات المهنية التي يقوم بها الأخصائي الاجتماعي لدراسة استجابات المريض إزاء مشاكله المرضية.
٤. تهتم الخدمة الاجتماعية الطبية بصفة خاصة بتقديم المساعدات لمواجهة المشكلات الاجتماعية والانفعالية التي تؤثر في تطور المرض وسير العلاج إلى مساعدة المريض على الاستفادة الكاملة من العلاج ، ثم مساعدته على التكيف مع بيئته الاجتماعية.

أما الأخصائي الاجتماعي الطبي هو المسئول المهني عن جميع عمليات الخدمة الاجتماعية الطبية داخل المؤسسة الصحية والطبية والتأهيلية أو في البيئة الخارجية بهدف إحداث عمليات التغيير الاجتماعي والمساهمة مع الفريق الطبي أو التأهيلي في إعادة تأهيل المرضى والمعاقين وتحقيق تكيفهم واندماجهم الاجتماعي، والعمل على تحسين الظروف الصحية في البيئة (النماس، ٢٠٠٠: ٤٣).

الخدمات المقدمة من الأخصائي الاجتماعي للحالات المعنفة وأسرهم بالمستشفى:

❖ الخدمات الفردية المقدمة للمعنفات وأسرهم :

الأخصائى الاجتماعى لا يتصدى لكل مشكلات المعنفة ولكنه يتعامل مع المشكلات الاجتماعية التى ترتبط ارتباطاً مباشراً بطبيعة العنف والآثار المترتبة عليه. كما يجب عليه الاهتمام بشخصية المعنفة ومخاوفها واتجاهاتها، ويهدف عمل الأخصائى الاجتماعي مع الحالات المعنفة إلى مساعدة المعنفة إلى أقصى حد ممكن وذلك بالتغلب على كافة المشكلات الاجتماعية والنفسية التى تؤثر عليها، وعلى ذلك يمكن أن

نستخلص الخدمات الفردية المقدمة للمعنفات وأسرهم على النحو التالى (السنهورى واخرون، ٢٠١٠، ٩٣،٩٤):

١. استقبال المعنفة من خلال قسم الاستقبال والتعرف عليها وعلى نوع العنف الذى تعاني منه، وتعريفها بالخدمات التى سوف تقدم لها مع تحويلها إلى إحدى الأقسام الداخلية بالمستشفى.
٢. التعرف على شكوى المعنفة وأسرتها المتعلقة بأقسام الاستقبال والخاصة بنوعية الخدمات، وكيفية المعاملة، ومدى توفير الخدمات الطبية اللازمة كالإسعافات الأولية للمعنفة .
٣. توضيح الإجراءات اللازمة للحصول على الخدمات بالمستشفى سواء كانت خدمات عينية أو مادية بما يتفق مع لوائح المستشفى.
٤. إجراء دراسة الحالة للمعنفة التى تحتاج إلى رعاية اجتماعية بغرض صرف مساعدات مالية أو عينية .
٥. مساعدة المعنفة وأسرتها فى فهم العوامل الاجتماعية التى من الممكن أن تؤثر على المعنفة وتعوق خطة العلاج .
٦. العمل على تدعيم المعنفات وأسرهم وذلك من خلال الحفاظ على المعنفة واحترام مشاعرها، وكذلك فردية الحالة .
٧. مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها وبالأخص المشكلات التى تعوق خطة العلاج مثل المشكلات الأسرية والاقتصادية ومشكلات العمل .
٨. الاتصال بأسرة المعنفة بعد موافقتها إذا كانت الأسرة لا تداوم على زيارتها ومعرفة أسباب ذلك ومحاولة التدخل لاستمرار الاتصال بين المعنفة وأسرتها(غبارى، ٢٠٠٣، ١٤٩،١٥٠)
٩. العمل على تقديم تقرير مفصل عن النواحى الاجتماعية والاقتصادية والثقافية عن المعنفة وأسرتها فى حالة استفادة الطبيب المعالج من تلك المعلومات فى وضع خطة علاجية للمعنفة .
١٠. تهيئة المعنفة واسرتها في حالة وجود عمليات جراحية وذلك من الناحية النفسية ومحاولة بث روح الطمأنينة إلى نفسها مع تعميق مشاعر الإيمان بالله فى ذات المعنفة وكذلك محاولة إزالة المشاعر والمخاوف التى تنتج عن العمليات الجراحية .

❖ الخدمات الجماعية المقدمة للمعنفات وأسرهم :

أصبح لخدمة الجماعة أهمية كبيرة فى معالجة المشكلات الاجتماعية وبالأخص فى المجال الطبى. ذلك المجال المهم بالنسبة لمجالات الخدمة الاجتماعية فالأخصائيين الاجتماعيين يمكن أن يكونواً موجهين لجماعات المعنفات بالمستشفى حيث تمثل الأهداف المهنية للأخصائى الاجتماعى من خلال طريقة خدمة الجماعة الى ما يلى (غبارى، ٢٠٠٣، ١٤٩،١٥٠)

١. إتاحة الفرصة للمعنفات لتكوين علاقات اجتماعية جديدة .

٢. تدعيم وتقوية العلاقات الاجتماعية للمعنفات داخل المستشفى .
٣. إتاحة الفرص لتحمل المسئولية والقدرة على التعامل مع الآخرين .
٤. إشباع الاحتياجات المختلفة لدى المعنفات .
٥. إتاحة الفرص للمعنفات للتنفيس عن مشاعرهم فى حرية وصراحة وتخفيف حده التوتر والقلق لديهم .
٦. تتيح الجماعة الفرصة للأخصائى الاجتماعى للتعامل مع المعنفات وإقناعهم بتقبل مرضهم.
٧. يساعد الأخصائي الاجتماعي المعنفات على الاستمتاع بالخدمات الترويحية فى شكل جماعى عن طريق ما يضمنه من برامج وأنشطة ترفيهية ، تناسب حالتهم الصحية .

من هنا نجد أن هناك العديد من الخدمات الجماعية التى يقدمها الأخصائي الاجتماعي للمعنفات فى المستشفى وذلك بهدف إمدادهم بمجموعة من الخبرات وفقاً لاستعداد كل معنفة اضافة الى قدرة تلك الجماعات على تحسين العلاقات بين المعنفات وبعضهم البعض .

❖ **برامج العمل مع جماعات المعنفات :**

هناك العديد من البرامج التى من الممكن أن يكونها الأخصائى الاجتماعى داخل المستشفى وفيما يلى عرض لبعض تلك البرامج (العشماوى،٢٠٠٩، ٢٥٥)

النشاط الرياضى : يمثل أحد ألوان النشاط فى العمل مع جماعات المعنفات وبخاصة أنواع النشاط الرياضى المناسب لحالة المعنفات بل أن النشاط الرياضى قد يفرضه العلاج الطبى لتأهيل كثير من حالات المعنفات .

البرامج الترفيهية : تعتبر ركن هام أثناء علاج المعنفة داخل المستشفى لإدخال السرور والبهجة وخاصة فى الامراض ذات الطابع العلاجى الطويل كالدرن وأمراض القلب وغيرها. من صور البرامج الترويحية الألعاب الداخلية، الخارجية والقصص والتمثيل والحفلات والموسيقى.

برامج شغل وقت الفراغ : لقتل الوقت لدى المعنفةداخل المستشفى بما يعود عليها بالنفع بدلاً من قضاء هذا الوقت فى مرضها وفى أسرتها وإثاره المشاكل والبحث عن طريق غير مشروع لشغل هذا الوقت.

جماعات الهوايات : ويتم ذلك مع المعنفات بهدف الترفيه عنهم من جهة وإشباع رغبات هذه الجماعات من جهة أخرى لتوجيه نشاطهم الزائد فى هذا اللون من النشاط .

❖ الخدمات المجتمعية المقدمة للمعنفات وأسرهم :

يقوم الأخصائى الاجتماعى بتقديم العديد من الخدمات المجتمعية فى المجال الطبى بهدف ربط المجتمع المحلى بالمستشفى وذلك بهدف الاستفادة من كافة امكانيات المجتمع المحلى لدعم المعنفات وأسرهم وكذلك دعم المستشفى والخدمات الطبية بها ولا يتم ذلك إلا من خلال قيام الأخصائى الاجتماعى بأنشطة اتصال تهدف إلى التعرف على كافة المؤسسات فى المجتمع وكذلك التعرف على كافة الموارد والإمكانيات التى من الممكن الاستفادة منها، وهناك العديد من الادوار المهنية

التـي يقـوم بهـا الأخصـائي الاجتمـاعي لتقـديم خـدمات مجتمعيـة للمعنفـات وأسـرهم تتمثـل فـي الأتي (الباز، ٢٠١٠، ٩٥،٩٦):-

- **المثقف** : وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي بدور مهم في تثقيف وتوعية المعنفات وأسرهم في الجوانب الاجتماعية المتعلقة بالعنف والاثار المترتبة عليه.
- **المعالج** : وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي باستخدام طرق الخدمة الاجتماعية في التدخل لمواجهة المشكلات التى تعاني منها المعنفة واسرتها.
- **المدافع أو المحامي** : وفيه يقوم الأخصائي الاجتماعي بالدفاع عن مصالح المعنفة وأسرتها أمام الفريق العلاجي بالمستشفي كذلك امام المؤسسات الآخري.
- **الوسيط** : حيث يقوم الأخصائي الاجتماعي بالعمل مع المشكلات التى تنشأ بين المعنفة وأسرتها من جهة، والمستشفي والمؤسسات الاخرى من جهة ثانية.
- **المساعد** : حيث يعمل الأخصائي الاجتماعي على تمكين المعنفة وأسرتها من الاستفادة المثلي من الخدمات التى تقدمها المستشفي، وكذلك الخدمات التى تقدمها المؤسسات الاخري في المجتمع.
- **الإداري** : وفي هذا الدور يقوم الأخصائي الاجتماعي بأعمال إدارية وإشرافية في المؤسسة الطبية لزيادة فاعليتها.

ويقصد الباحث بالدور في هذه الدراسة: مجموعة المهام والمسئوليات التى يقوم بها الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة ولقد تحددت مؤشراته في الاتي:

- اهم الإجراءات المهنية مع الحالات المعنفة ؟
- اهم الإجراءات المهنية مع أسر الحالات المعنفة ؟
- اهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة ؟
- أهم الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة ؟
- أهم الاساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة ؟
- أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة؟
- أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة ؟
- أهم الخدمات المجتمعية المقدمة للحالات المعنفة ؟

ب. *العنف*

إن أي تحليل شمولي للعنف الأسري يجب أن ينطلق من تعريف أشكاله المختلفة بشكل يسهل قياسها علمياً، حيث يعرف العنف لغوياً بأنه أعنف : فلانا، أخذه بشدة و لم يرفق به (المعتمد،٢٠٠٠: ٢٦٣) .

كذلك يعرف بأنه سلوك أو فعل يتسم بالعدوانية يصدر عن طرف أخر في إطار علاقة قوة غير متكافئة إقتصادياً وإجتماعياً وسياسياً مما يتسبب في إحداث أضرار مادية أو معنوية أو نفسية لفرد أو جماعه أو طبقة اجتماعية أو دولة (عبد الوهاب،١٩٩٤ :١٠٥).

أمـا منظمـة الصـحة العالميـة فقـد عرفـت العنـف بأنـه: الاسـتعمال المتعمـد للقـوي الفيزيائيـة (الماديـة) أو القـدرة، سـواء بالتهديـد أو الاسـتعمال المـادي الحقيقي ضـد الذات أو ضـد شـخص أخـر أو ضـد مجموعـه أو مجتمـع، بحيـث يـؤدي إلـى حـدوث (أو رجحـان حـدوث) إصـابة أو مـوت أو إصابة نفسية أو سوء النماء أو الحرمان (منظمة الصـحة العالميـة،٢٠٠٢ : ٥)، وتـربط منظمـة الصـحة العالميـة العنـف بصـفة العمـد(أو القصـد) بغـض النظـر عـن النتيجـة النـي يحـدثها العنـف، وبـذلك يخـرج مـن التعريـف الحـوادث غيـر المقصودة.

كمـا يعـرف بأنـه سـلوك يصـدره فـرد مـن الأسـرة صـوب فـرد آخـر، ينطـوي علـى الاعتـداء بدنياً عليه، بدرجة بسيطة أو شديدة، بشكل متعمد أملتـه مواقـف التعصـب أو الإحبـاط أو الرغبـة فـي الانتقام أو الدفاع عن الذات أو لإجباره على إتيان أفعال معينـه أو منعـه من إتيانهـا، قد يترتـب عليـه إلحـــاق أذي بـــدني أو نفســـي أو كليهمـــا (شوقى،٢٠٠٠: ٤٥).

من هنا فإن ظاهرة العنف الأسري أصبحت قضـية تحتـاج إلـى مزيـد مـن البحـث والدراسـة للكشف عن أبعادها وأسبابها، والوصول إلى آليات للقضـاء عليهـا، وذلـك باعتبارهـا مسـئولية فرديـة وكذلك مسؤولية مجتمعية.

ويعرف العنف فـي ضـوء الدراسـة الحاليـة: أي تصـرف مقصـود أو متعمـد يلحـق الأذى أو الضـرر الصـحي أو النفسـي ويكـون صـادر مـن الزوج أو الأب أو الأخ ضد الحالة المعنفة.

❖ أشكال العنف

ورد فـي أدبيـات الأمـم المتحـدة أنـواعٌ عديـدة من العنف وذلك من خـلال العديد من الاتفاقيات والمواثيق الصـادرة عنهـا ، وفيمـا يلـي عرض لتلك الأنواع (القاطرجي، ٢٠٠٨، ٦)

- **العنـف النفسـي:** وهـو أي فعـل مـؤذ لنفسـية المعنَّف ولعواطفه بدون أن تكون لـه أية آثار جسدية، إلا أن الآلام الناتجـة عنـه تكـون فـي الغالـب أكبـر لأسـتمراريته، ولكونـه يحطـم شخصـية الإنسـان ويزعزع ثقتـه بنفسـه، ويؤثر علـى حياتـه فـي المسـتقبل. ومـن مظـاهر هـذا العنف (الشتم، الإهمال، عدم تقدير الذات، التحقيـر، النعـت بألفـاظ بذيئـة، الإحـراج، المعاملة كخادم، توجيه اللوم، الاتهام بالسوء، إساءة الظن، التخويف، الشعور بالذنب) .
- **العنف الجسدي** : هو أشد وأبرز أنواع العنف، وهـو الـذي يتعلـق بـالأذى الجسـدي واسـتخدام القوة، ويتراوح من أبسط الأشكال إلى أخطرها وأشدها (الضرب، شد الشعر، الصفع، الدفع، المسك بعنف، لـي اليد، الرمـي أرضـاً، اللكم، العض، الخنق، الحرق، الدهس ... الخ).
- **العنـف الجنسـي:** العنف الجنسي داخل نطاق العائلـة، وهـو" الاسـتدراج بـالقوة والتهديد أمـا لتحقيق الاتصال الجنسي أو لاستخدام المجال الجنسـي فـي الإيذاء " كـالتحرش، الشتم بألفاظ نابيـة، الإجبـار علـى ممارسـة الجـنس، أو الإجبار علـى القيام بأفعال جنسية لا تقبلها المرأة. هذا النوع من العنف يؤدي إلى بعض الحـرج خاصـة فـي العلاقـات الزوجيـة. أمـا

خارجها فيتمثل هذا العنف بالتحرش الجنسي والشتم بألفاظ نابية.

❖ ضحايا العنف

هم الأفراد الأضعف في الأسرة حيث لا يستطيعون أن يصدون عن أنفسهم الأذى الواقع عليهم من قبل من هم الأقوى بين أفراد الأسرة وهم:

- **الأطفال:** هم من ابرز الفئات تعرضاً للعنف من قبل الأسرة سواء بممارسة العنف ضدهم، أو مشاهدتهم له من خلال العلاقة بين الوالدين.
- **النساء:** نظراً لطبيعة المرأة الضعيفة ورغبتها في الحفاظ على أسرتها نجدها دائماً تتعرض إلى كافة أنواع العنف من الزوج ويرجع ذلك كما ورد في العديد من الدراسات إلى الموروث الثقافي لدي العديد من الأزواج عن المرأة ومرتبتها المتدنية عن الرجل في الأسرة.
- **المسنين:** هم الأكبر سناً بين أفراد الأسرة ، حيث يحتاجون للرعاية والاهتمام وذلك لضعف الجسد، وكذلك أمراض الشيخوخة إلا أننا في الوقت الحالي نري أن المسنين يتعرضون للعديد من أنواع العنف من أفراد الأسرة بدأً من الإهمال ونهاية بالضرب والسب.

❖ العوامل المؤدية إلى العنف

العنف هو أحد الأنماط السلوكية الفردية أو الجماعية التي تعبر عن رفض الأخر نتيجة الشعور والوعي بالإحباط في إشباع الحاجات الإنسانية، ويدفع إلى العنف قدرات نفسية لدي الفرد تساعدها ظروف موضوعية (اقتصادية وسياسية وثقافية واجتماعية) ترتبط بخصوصية المجتمع (قناوي، ١٩٩٦، ٣١٥)

ويرجع العنف الأسري إلى العديد من الأسباب حيث ينظر العلماء والمفسرين لتلك المشكلة باعتبارها نتاج لمجموعه من العوامل تفاعلت مع بعضها وأدت إلى حدوث المشكلة.

وفيما يلي عرض للعوامل الذاتية والبيئية المؤدية لممارسة العنف الأسري:

(أ) العوامل الذاتية

ونعني بالعوامل الذاتية تلك العوامل التي تنبع من ذات الإنسان وتقوده أو تدفعه نحو ممارسة العنف الأسري (ناجي، وسلامه، ١٩٩٨، ٤٥):

- ضعف الذات لدي المعنف وعدم قدرته على أدارك الواقع الذي يعيش فيه.
- عدم التوازن أو الثبات الانفعالي لدي المعنف.
- الشعور بالإحباط واليأس لأقل الأسباب.
- ضعف ثقة المعنف في نفسه وفى الآخرين.
- ضعف الشعور في قيمة الذات في ظل متغيرات الحياة الحالية.
- الإدراك الخاطئ للمواقف التي يمر بها المعنف أو يتعرض لها.
- عدم استخدام المعنف الأساليب المناسبة لمواجهة ما يتعرض له من مواقف ومشكلات، أي عدم قدرته على التوافق مع ظروف الحياة.
- نقص الخبرات الحياتية والاجتماعية للمعنف والتي يمكن من خلالها تفسير الواقع الاجتماعي الذي يعيشه.

(ب) **العوامل البيئية**

هناك العديد من العوامل البيئية التي قد تتشابك مع بعضها لأحداث العنف، أو تكون مرتبطة بعوامل أخري (اجتماعية أو نفسية أو اقتصادية أو صحية) لأحداث ذلك، وفيما يلي عرض لتلك العوامل:-

- **صراع الأدوار وزيادة الضغوط على أحد الزوجين.**
- عدم تفهم أحد الزوجين أو كليهما لأدورهما في الأسرة.
- التربية الخاطئة لأحد الزوجين بالأخص الزوج.
- القسوة والخشونة والإهمال من أحد الأطراف للأخر.
- نوعية الإنجاب ذكور أم إناث مع عدم رغبة الزوج بالأخص في هذا النوع.
- الانحرافات الأخلاقية كالسرقة وإدمان الخمور أو المخدرات أو الخيانة الزوجية.
- اختلاف وجهه نظر الزوجين حول أساليب التنشئة الاجتماعية للأبناء.

النظريات المفسرة للعنف

○ نظرية التعلم الاجتماعي

تختلف المضامين العملية لنظرية التعلم الاجتماعي،اختلافاً كبيراً عن المضامين التي افترضتها نظريات التحليل النفسي، فالعنف وفقاً لهذه النظرية هو سلوك متعلم، يتم اكتسابه من خلال ملاحظة الآخرين وهم يظهرون نماذج سلوكية عنيفة، وقد أرجعت النظرية تعلم الفرد إلى عوامل داخلية وكذلك مثيرات خارجية، ومن أمثلتها الثقافة الفرعية في البيئة التي يعيش فيها الفرد (برقاوي، ٢٠٠٧، ٣٤)

ويطرح باندورا معنى العنف والعدوان من خلال التعلم الاجتماعي وذلك عن طريق المحاكاة والملاحظة . وبهذا فإن معظم أنماط السلوك الفردي في رأيه هي أنماط مكتسبة عن طريق ملاحظة سلوك الآخرين ونتائجه وبقدر ما يتم تعزيز هذه الاستجابة فإن ظهورها يصبح أكثر احتمالا (مجذوب، ١٩٩٢: ٦٦) حيث أشارات النظرية إلى مجموعة من المبادئ أو العوامل التي تساعد على النمذجة أو التعلم الاجتماعي والمتمثلة في:

- وجود قدوة أو النموذج سلوكي ظاهري أو رمزي.
- يجب أن يكون هذا الأنموذج قوياً فنحن نتأثر بالنماذج الناجحة أكثر من النماذج الفاشلة كذلك يسهل التوحد بالنماذج التي تحفز ايجابيا على أفعالها.
- يجب أن يكون هذا الأنموذج على قدر من الجاذبية.إذ أن غياب الجاذبية يعد مانعاً لعملية النمذجة (إبراهيم، ١٩٨٧، ٢٦٥)

كما يرى (باندورا) أن الرد على العنف يتوقف على التدريب الاجتماعي الأول أو بصورة أكثر تحديداً تتوقف على تعزيز الإجراءات التي خبرها الشخص من قبل ومحاولة نمذجتها في تلك الصيغة العدوانية وهكذا يمكن للمرء طبقاً لنظرية التعلم الاجتماعي أن يصنع بسهولة طفلا شديد العدوانية وذلك بمجرد أن يتعرف على نماذج

عدوانية ناجحة بنتائجها وتكافئ الفرد المعتدي باستمرار على سلوكه العدواني Gilles, 1989, (25)

وتقوم النظرية على مجموعة من الفرضيات في دراسة العنف وهى:

- إن العنف يتم تعلمه داخل الأسرة.
- إن العديد من الأفعال الأبوية العنيفة تبدأ كمحاولة للتأديب والتهذيب.
- إن العلاقة المتبادلة بين الإباء والأبناء، والخبرات التي يمر بها الطفل في مرحلة الطفولة، تشكل شخصية الفرد عند البلوغ Bandore & 1983, 138) (Walters ,
- وتأسياً على نظرية التعلم فأن الشخص الذي شاهد السلوك العنيف في طفولته سوف لا يتخلى عن القيام بالعنف بل ينتهز الفرصة لممارسة العنف ضد الغير.

○ **نظرية الإحباط**

تعتمد هذه النظرية على فكرة أساسية، مفادها أن العدوان هو دائماً نتيجة للإحباط، وأن مصادر الإحباط يمكن تحديدها ضمن ثلاث فئات هي: العوائق والنقائص والصراعات. وتشمل العوائق: الظروف الطبيعية، والإفراد الآخرين، والمعايير الاجتماعية، ورقابة الأهل، إما النقائص فتنطوي على عناصر كالجفاف ونقص المصادر الطبيعية ونقائص الشخص نفسه في حين تنشأ الصراعات عندما تنشط عدة دوافع لدى الإنسان في وقت واحد (مليكه، ١٩٧٠، ٥٣) ، فعندما يعاق الفرد عن تحقيق أهدافه فأن ذلك يقود إلى استثارة الدافع العدواني لديه تماما كما يحدث بالنسبة للحالات الدافعية الأخرى مثل الجوع والعطش. ووفقاً لهذه النظرية فأن العنف لا يشكل حالة فطرية، وإنما يأتي كرد فعل للإحباط الذي يتعرض له الفرد من البيئة الخارجية التي يعيش فيها (حمزة،١٩٩٤، ٤٨)

من هنا فأن الإحباط هو الدافع الأولى وراء العدوان وخصوصاً العدوان الأسرى، فالزوج الذي يتعرض للصراعات في مجال عمله ويشعر بالضعف في التحكم في عمله، فإنه عندما يعود إلى منزله يمارس القوة على زوجتة أو أبناءه، إذ إنه يحول الإحباط إلى قوة داخل أسرته (1987: Coleman, & Cresses, 455)

سابعاً : الإجراءات المنهجية :

١. نوع الدراسة:

تنتمي هذه الدراسة الى نمط الدراسات الوصفية التى تساعد على الوصف الكمي والكيفي لأراء مجتمع بحثي محدد إزاء خدمة أو مشكلة أو احتياج معين(عبد العال، ١٩٩٩، ٣٦٣) ومجتمع البحث في الدراسة الحالية محدد في الأخصائيين الاجتماعيين الطبيين العاملين مع حالات العنف الاسري بالمستشفي.

٢. منهج الدراسة:

المسح الاجتماعي (شامل – العينة) وهو يهدف الى تقرير خصائص ظاهرة معينة وتحديد أبعادها بدقة وذلك من خلال الحصول على معلومات دقيقة تصور الواقع وتسهم في تحليله مما يساعد على توضيح المشكلة والتوصل الى

مجموعة من النتائج تفسر ابعادها(عبد العال، ١٩٩٩، ٣٥٤).

(٣) أدوات الدراسة :

(أ) استبيانة للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الحالات المعنفة بالمستشفي .

وقد تم تصميم الاستبانة على النحو التالي :

قام الباحث بإجراء صياغة الاستبانة جمع البيانات بعد استعراض الأطر النظرية وكذلك الدراسات والبحوث السابقة وتحديد الإطار النظرى للدراسة وأهدافها وتساؤلاتها وتم تحديد أبعاد الاستبانة على النحو التالى:

- البعد الأول : **يتناول خصائص مجتمع الدراسة .**
- **البعد الثانى** : دور الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة.
- **البعد الثالث** : أهم المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي.
- **البعد الرابع:** مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين للتغلب على معوقات التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي

وقد راعى الباحث أن يحقق الاستبانة التسلسل المنطقى للأسئلة وأن تكون موضوعية وبعيدة عن الغموض وأن تحقق أهداف الدراسة .

صدق الأداة:

قام الباحث بالتأكد من صدق الأداة وذلك بعرضها على المحكمين بعدد (١٠) أساتذة من قسم علم الاجتماع و الخدمة الاجتماعية وعلم النفس كلية الاداب بجامعة الملك عبد العزيز، قسم الخدمة الاجتماعية بكلية العلوم الاجتماعية بجامعة ام القري، اضافة الى عرضها على بعض ذوى الخبرة فى المجال الطبى وذلك لإبداء الرأى وفى ضوء ما أبدوه من ملاحظات قام الباحث بإجراء التعديلات من حذف بعض الأسئلة وإضافة البعض الآخر ووضعت الأداة فى شكلها النهائى.

ثبات الأداة :

وذلك من خلال طرحها على عينة من (١٠) مفردة . ثم حساب معامل ارتباط بيرسون بين التطبيق الأول والتطبيق الثانى وذلك بفارق زمنى (١٥ يوما) حيث اتضح أن معامل الارتباط (٠.٨٨) وقد تم اعتبار معامل الارتباط الناتج هو معامل الثبات للأداة .

(ب) مقابلات شبه مقننة مع كل من :

(١)عينة من الحالات المعنفة ببعض المستشفيات الحكومية بمدينة جدة بهدف الوصول الى مجموعة من النقاط الآتية:

- ❖ أهم الخدمات المقدمة لهم (فردية – جماعية – مجتمعية).
- ❖ أهم المعوقات التى تعوق استفادتهم من الخدمات المقدمة لهم في المستشفي.

(٢)عينة من الخبراء والمهتمين في المجال الطبى والذين لهم خبرة في العمل مع المعنفات بهدف الوصول الى مجموعة من النقاط الآتية:

❖ أهم الخدمات المقدمة للمعنفات (فردية – جماعية – مجتمعية).

❖ أهم المعوقات التى تعوق المعنفات من الاستفادة من الخدمات المقدمة لهم بالمستشفي.

❖ أهم المقترحات لتفعيل استفادة المعنفات من الخدمات المقدمة لهم في المستشفي.

٤- مجالات الدراسة :

أ) المجال المكاني :

أختار الباحث المستشفيات الحكومية بمدينة جدة كمجال مكاني لجمع البيانات وذلك للأسباب الآتية :

- تعد الجهات الرسمية للعمل مع الحالات المعنفة.
- تقديم خدمات للمعنفات تشمل (فردية – جماعية – مجتمعية).
- توفر عدد من الحالات المعنفة بتلك المستشفيات.
- الاستعداد التام للتعاون مع الباحث من جانب الأخصائيين الاجتماعيين بتلك المستشفيات.

ب) المجال البشرى :

تمثل المجال البشرى للدراسة في الأتي:

- حصر شامل لجميع للأخصائيين الاجتماعيين العاملين مع الحالات المعنفة بالمستشفيات الحكومية بمدينة جدة قوامها (١١٠) مفردة.
- عينة عمديه من الحالات المعنفة بالمستشفيات الحكومية التابعة(لوزارة الصحة – لجهات اخرى) بمدينة جدة بلغت (١٥) مفردة، وقد روعي في اختيارها الشروط التالية:
  - تعاني من احد انواع العنف الذى يتطلب وجودها بالمستشفي.
  - من الحاصلين على خدمات يقدمها الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفي .
- عينة عمديه من الخبراء والمختصين في العمل مع المعنفات قوامها (١٠) مفردة، وقد روعي في اختيارها الشروط التالية:
  - أن يكون لديه بعض الدراسات المعنية بالعنف.
  - من متخصصي العمل مع الحالات المعنفة (الحماية الاجتماعية)

ج) المجال الزمني : طبقت الدراسة الميدانية منذ أول نوفمبر الى نهاية ديسمير عام ٢٠١٣.

ثامناً : عرض جداول الدراسة وتحليلها وتفسيرها:

جدول رقم (١)

يوضح خصائص عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين بالمستشفيات الحكومية بجدة

ن= ١١٠

المتغير الرئيسي	المتغير الفرعي	ك	%
النوع	ذكر	48	43.6

	أنثي	62	56.4
السن	أقل من ٣٠ سنة	17	15.5
	من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة	42	38.2
	من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة	33	30.0
	من ٤٠ إلى أقل من ٤٥ سنة	13	11.8
	من ٤٥ إلى أقل من ٥٠ سنة	3	2.7
	٥٠ سنة فأكثر	2	1.8
الحالة الاجتماعية	أعزب	36	32.7
	متزوج	72	65.5
	مطلق	2	1.8
المؤهل الدراسي	بكالوريوس علم الاجتماع	28	25.5
	بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	65	59.1
	دراسات عليا	17	15.5
سنوات الخبرة	أقل من ٣ سنوات	14	12.7
	من ٣ إلى أقل من ٦ سنوات	16	14.5
	من ٦ إلى أقل من ٩ سنوات	25	22.7
	٩ سنوات فأكثر	55	50.0
الحصول علي دورات تدريبية	نعم	١٠١	٩١.٨
	لا	٩	٨.٢
ن= ١٠١			
وقت الحصول علي دورات تدريبية	قبل العمل	١٥	١٤.٨
	أثناء العمل	٨٦	٨٥.٢
الاستفادة من دورات تدريبية	نعم	٨٩	٨٨.١
	إلي حدا ما	١٢	١١.٩

يوضح الجدول (١) خصائص عينة الدراسة من الأخصائيين الاجتماعيين العاملين بالمستشفيات الحكومية بجدة وذلك على النحو التالى:

- النوع: **فقد كشفت البيانات أن غالبية المبحوثين بنسبة(٥٦.٤%) من الاناث، ونسبة(٤٣.٦%) من الذكور، ولعل ذلك يرجع الى حاجة تلك الاقسام الى الإناث أكثر من الذكور نظر لطبيعة بعض أنواع العنف والمعنفات في تلك الاقسام من المستشفي وما يتفق مع عادات وتقاليد المجتمع السعودى.**
- السن: **أظهرت البيانات أن نسبة (٣٨.٢%) من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة)، ونسبة(٣٠.٠٠%) من المبحوثين يقعون في الفئة**

العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة)، وذلك يوضح أن تلك الفئات تملك من الخبرات والمهارات ما يؤهلها للعمل مع المعنفات وذلك نظرا لسنوات الخبرة والممارسة بالمجال الطبي، في حين جاءت نسبة ١.٨% من المبحوثين في الفئة العمرية (٥٠ سنة فأكثر).

- **الحالة الاجتماعية:** أوضحت البيانات أن نسبة(٦٥.٥%) من الاخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المعنفات في المجال الطبى متزوجين، بينما جاءت نسبة غير المتزوجين (٣٢.٧ %). ولعل ذلك يؤكد وجود استقرار أسرى لدى غالبية المبحوثين من الاخصائيين الاجتماعيين خاصة وما يرتبط ذلك من أهمية في العمل مع قضايا العنف الاسرى.
- **المؤهل الدراسي:** تكشف البيانات أن نسبة (٥٩.١%) من المبحوثين من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية مما يجعلهم على دراية جيدة بأسس الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، كما يؤدى الى تنمية مستوى الاداء المهنى لهم في العمل مع المرضي المعنفات، اضافة الى أن طبيعة العمل مع المرضي عامة والمعنفات خاصة يحتاج الى مجموعة من الخبرات والمهارات لدى الأخصائيين الاجتماعيين بما يمكنهم من التعامل مع المعنفات وأسرهم، تلي ذلك نسبة(٢٥.٥%) للحاصلين على بكالوريوس علم الاجتماع، في حين جاءت نسبة (١٥.٥%) من المبحوثين من الحاصلين على دراسات عليا وهذا يعكس رغبة العاملين في اكتساب المزيد من المعارف والخبرات والمهارات بما يمكنهم من التعامل مع المرضى عامة والمعنفات خاصة وفقا لأسس علمية.
- **سنوات الخبرة:** يتضح من بيانات الجدول أن نسبة(٥٠.٠٠%) من المبحوثين لديهم سنوات خبرة في المجال الطبي (أكثر من ٩ سنوات) وهذا يعد مؤشرا على أن لديهم القدرة على التعامل مع المرضى اضافة الى قدرتهم

على تقديم خدمات متكاملة للمرضى المعنفات وأسرهم، اما من كانت سنوات خبرتهم (من ٦ إلى أقل من ٩ سنوات) فكانت نسبتهم(٢٢.٧%)، ولعل تنوع سنوات الخبرة للمبحوثين على هذا النحو من شأنه أن يجعل استجاباتهم أكثر واقعية.

- الحصول علي دورات تدريبية: **تشير بيانات الجدول إلى أن نسبة(٩١.٨%) قد حصلوا على دورات تدريبية، وقد يرجع ذلك الى أهمية تلك الدورات في معالجة القصور في التدريب الميدانى أثناء سنوات الدراسة اضافة الى ما تضيفة تلك الدورات من معارف ومهارات جديدة للأخصائيين الاجتماعيين وتمكنهم من الوقوف على كل ما هو جديد في مجال العمل مع المعنفات المرضي.**
- وقت الحصول علي دورات تدريبية: **يتضح من الجدول أن نسبة (٨٥.٢%) من المبحوثين حصلوا على دورات تدريبية أثناء العمل، بينما أشارت نسبة(١٤.٨%) من مجموع استجابات المبحوثين بأنهم قد حصلوا على دورات تدريبية قبل الالتحاق بالعمل، ولعل ذلك يعكس مدى أهمية عقد الدورات التدريبية للأخصائيين الاجتماعيين حتى يمكن تهيئتهم وإعدادهم بشكل فعال للعمل في المجال الطبي.**
- الاستفادة من الدورات التدريبية: **تشير البيانات أن نسبة(٨٨.١%) من المبحوثين قد استفادوا من الدورات التدريبية التى تمت لهم، ولعل ذلك يرجع الى الاعداد الجيد لتلك الدورات اضافة الى تناولها لموضوعات حديثة في مجال العمل مع المرضى، في حين جاءت نسبة(١١.٩%) من استجابات المبحوثين بان الاستفادة من الدورات التدريبية كانت الى حدا ما.**

جدول رقم (٢) أوجه الاستفادة من الدورات التدريبية

المتغير	ك	%

تنمية المعارف في المجال الطبي	٩٤	٩٣.٠٧
أساليب التسجيل والتقويم وإعداد التقارير	٩٤	٩٣.٠٧
تصميم وتنفيذ البرامج المهنية في مجال الطبي	٧٤	٧٣.٢٦
كيفية التعامل مع الحالات المعنفة	٧٢	٧١.٢٨
كيفية التعامل مع اسر الحالات المعنفة	٥٢	٥١.٤٨

ارتباطا بالجدول (١) كشفت بيانات الدراسة في جدول (٢) عن أوجه استفادة المبحوثين من الدورات التدريبية التى حصلوا عليها حيث جاءت لتنمية المعارف في المجال الطبي، اضافة الى أساليب التسجيل والتقويم وإعداد التقارير بنسبة (٩٣.٠٧%) لكل منهما، تلى ذلك نسبة (٧٣.٢٦%) من المبحوثين بأنهم استفادوا من الدورات التدريبية في تصميم وتنفيذ البرامج المهنية في المجال الطبي، ثم نسبة (٧١.٢٨%) بأنهم استفادوا من الدورات التدريبية في كيفية التعامل مع الحالات المعنفة، وأشارت نسبة (٥١.٤٨%) من الاستجابات كانت فائدتها من الدورات التدريبية هو التعرف على اساليب التعامل مع اسر الحالات المعنفة . وبالتالى فأن بيانات الجدول تفيد بأهمية الدورات التدريبية وتأكد على ضرورة عقدها للعاملين في المجال الطبي سواء قبل الالتحاق بالعمل أو أثناء العمل بما يعنيهم على اداء أدوراهم بكفاءة مهنية تمكنهم من تقديم الخدمات للحالات المعنفة وأسرهم.

جدول رقم (٣) يوضح أهم الاجراءات المهنية مع الحالات المعنفة

المتغير	**ك**	**%**
تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة.	٩٧	٨٨.٢

استقبال المعنفة والتعرف عليها.	٩٧	٨٨.٢
التعرف على طبيعة العنف .	٨٩	٨٠.٩
استيفاء استمارة البحث الاجتماعي الخاصة بالمستشفى	٧٨	٧٠.٩
التعرف على المشكلة من وجهة نظر الحالات المعنفة	٥٨	٥٢.٧
التعرف على مصدر تحويل الحالات المعنفة .	٥٤	٤٩.١
شرح وظيفة المستشفى وخدماتها ونظام العمل بها للحالات المعنفة.	٥٢	٤٧.٣
تحويل الحالة المعنفة لأحد الاقسام الداخلية بالمستشفي.	٥٢	٤٧.٣

يتبين من الجدول (٣) والذي يوضح أهم الاجراءات المهنية مع الحالات المعنفة وذلك من وجهة نظر الأخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة) حيث كشفت البيانات أن تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة، استقبال المعنفة والتعرف عليها في المقدمة بنسبة (٨٨.٢ %)لكل منهما، تلي ذلك التعرف على طبيعة العنف بنسبة (٨٠.٩ %)، فى حين جاء استيفاء استمارة البحث الاجتماعي الخاصة بالمستشفى بنسبة (٧٠.٩ %)، ثم التعرف على المشكلة من وجهة نظر الحالات المعنفة بنسبة(٥٢.٧%)، تلي ذلك التعرف على مصدر تحويل الحالات المعنفة بنسبة (٤٩.١ %)، ثم شرح وظيفة المستشفى وخدماتها ونظام العمل بها للحالات المعنفة اضافة الى تحويل الحالة المعنفة لأحد الاقسام الداخلية بالمستشفي بنسبة (٤٧.٣ %) لكل منهما، ولعل ذلك يوضح مدي أهمية هذه الاجراءات باعتبارها وسيلة هامة لتقرير امكانية عملية المساعدة وتقديم الخدمات للمعنفات وأسرهم اضافة الى الوقوف على مدى انطباق شروط المؤسسة على المعنفة.

جدول رقم (٤) يوضح أهم الاجراءات المهنية مع أفراد أسر الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
توضيح دور الأسرة في العمل مع الحالة المعنفة .	٨٦	٧٨.٢
التعرف على بعض المعلومات المتعلقة بالحالة المعنفة.	٨٥	٧٧.٣
التخفيف من حده الآثار النفسية لأفراد الأسرة نتيجة العنف	٨١	٧٣.٦
تصحيح بعض أساليب المعاملة المضطربة التي تتلقاها الحالة المعنفة من الأسرة.	٧٢	٦٥.٥
تحقيق التعاون المطلوب بين المستشفي والأسرة .	٧٠	٦٣.٣
تزويد الأسرة ببعض المعلومات عن العنف وأثاره على الحالات المعنفة.	٦٧	٦٠.٩
تكوين علاقة مهنية مع أفراد الأسرة .	٥٨	٥٢.٧
زيادة فاعلية دور الأسرة مع الحالات المعنفة .	٥٨	٥٢.٧

يتضح من الجدول (٤) أهم الاجراءات المهنية مع أفراد أسر الحالات المعنفة حيث جاءت نسبة (٧٨.٢ %) لتوضيح دور الأسرة في العمل مع الحالة المعنفة، تلي ذلك التعرف على بعض المعلومات المتعلقة بالحالة المعنفة بنسبة (٧٧.٣ %)، تلي ذلك التخفيف من حده الآثار النفسية لأفراد الأسرة نتيجة العنف بنسبة (٧٣.٦ %)، ثم تصحيح بعض أساليب المعاملة المضطربة التي تتلقاها الحالة المعنفة من الأسرة بنسبة (٦٥.٥ %)، تلي ذلك تحقيق التعاون المطلوب بين المستشفي والأسرة بنسبة (٦٣.٣ %)، في حين تزويد الأسرة ببعض المعلومات عن العنف وأثاره على الحالات المعنفة بنسبة (٦٠.٩ %)، ثم تكوين علاقة مهنية مع أفراد الأسرة، و زيادة فاعلية دور الأسرة مع الحالات المعنفة بنسبة (٥٢.٧%) لكل منهما، ولعل البيانات توضح أهمية قيام الأخصائيين الاجتماعيين بإجراء مقابلات مع أسر الحالات المعنفة وذلك

لاستكمال عملية المساعدة بالنسبة للمعنفة من خلال اسرتها اضافة الى اشراك الاسرة في البرامج العلاجية التى تقدم للمعنفة .

جدول رقم (٥) يوضح أهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
الكشف عن المشكلات تعاني منها الحالات المعنفة.	٧٥	٦٨.٢
التعرف على السلوكيات المختلفة للحالات المعنفة .	٧٣	٦٦.٤
الوقوف على مدى التزام الحالات المعنفة بالخطة العلاجية الموضوعة.	٥٤	٤٩.١
التعرف علي علاقة الحالات المعنفة مع الحالات الأخرى بالمستشفى.	٥٠	٤٥.٥
التعرف علي علاقة الحالات المعنفة بالعاملين بالمستشفى	٤٤	٤٠.٠

يوضح الجدول(٥) أهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الاسباب الكشف عن أهم المشكلات تعاني منها الحالات المعنفة بنسبة (٦٨.٢)، تلي ذلك التعرف على السلوكيات المختلفة للحالات المعنفة بنسبة (٦٦.٤)، جاء بعد ذلك الوقوف على مدى التزام الحالات المعنفة بالخطة العلاجية الموضوعة بنسبة (٤٩.١)، ثم التعرف علي علاقة الحالات المعنفة مع الحالات الأخرى بالمستشفى بنسبة (٤٥.٥)، تلي ذلك التعرف علي علاقة الحالات المعنفة بالعاملين بالمستشفى بنسبة (٤٠.٠).

جدول رقم (٦) يوضح أهم الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
المقابلة.	١٠٥	٩٥.٥
الملاحظة.	٨٧	٧٩.٩
المحادثات التليفونية.	٣٩	٣٥.٥
المكاتبات والمراسلات.	٣٨	٣٤.٥

الزيارة المنزلية.	٢٥	٢٢.٧

يظهر الجدول(٦) الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة حيث جاءت نسبة (٩٥.٥%) من مجتمع الدراسة بأنها تستخدم المقابلة بأنواعها (الفردية – المشتركة – الجماعية – التتبعية)، تلي ذلك الملاحظة بنسبة (٧٩.٩%)، ثم المحادثات التليفونية بنسبة (٣٥.٥%)، تلي ذلك المكاتبات والمراسلات بنسبة (٣٤.٥%)، اما الزيارة المنزلية فقد جاءت في الترتيب الاخير بنسبة (٢٢.٧%).

جدول رقم (٧) أهم الاساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
أساليب المعونة النفسية .	٨١	٧٣.٦
تخفيف الضغوط البيئية الواقعة على الحالات المعنفة من قبل بعض المحيطين بها.	٧٣	٦٦.٤
تقديم خدمات مباشرة للحالات المعنفة .	٧٠	٦٣.٦
أساليب الاستبصار النفسي .	٦٢	٥٦.٤
أساليب التأثير المباشر أو تعديل الاستجابات .	٥٤	٤٩.١
أساليب تربوية تعليمية .	٥٠	٤٥.٥

يبين الجدول (٧) الأساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الاساليب أساليب المعونة النفسية بنسبة (٧٣.٦%)، تلي ذلك تخفيف الضغوط البيئية الواقعة على الحالات المعنفة من قبل بعض المحيطين بها بنسبة(٦٦.٤%)، ثم تقديم خدمات مباشرة للحالات المعنفة بنسبة (٦٣.٦%)، أما أساليب الاستبصار النفسي بنسبة (٥٦.٤%)، تلي ذلك أساليب التأثير المباشر أو تعديل الاستجابات بنسبة (٤٩.١%)، في حين جاء الاساليب التربوية والتعليمية في المرتبة الأخيرة بنسبة (٤٥.٥%)، ولعل استخدام الاخصائيين الاجتماعيين للعديد من الاساليب العلاجية يتفق مع احتياج المعنفة وأسرتها الى هذه

الاساليب العلاجية التى تعمل على تدعيم وتخفيف التوتر وتحقق الراحة النفسية للمعنفة .

جدول رقم (٨) يوضح أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
استقبال المعنفة من خلال قسم الاستقبال والتعرف عليها وعلى نوع العنف الذى تعانى منه.	٩٠	٨١.٨
التعرف على شكوى المعنفة وأسرتها فى أقسام الاستقبال	٨١	٧٣.٦
توفير الخدمات الطبية اللازمة كالإسعافات الأولية للمعنفة .	٦٩	٦٢.٧
توضيح الإجراءات اللازمة للحصول على الخدمات العينية أو المادية بما يتفق مع لوائح المستشفى	٦٥	٥٩.١
إجراء الأبحاث الاجتماعية للمعنفة بغرض صرف مساعدات مالية أو عينية .	٦٤	٥٨.٢
مساعدة المعنفة وأسرتها فى فهم العوامل الاجتماعية التى قد تعوق خطة العلاج.	٦٣	٥٧.٣
مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها الأسرية التى تعوق خطة العلاج	٦١	٥٥.٥
مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها الاقتصادية التى تعوق خطة العلاج	٥٩	٥٣.٦
مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها فى العمل التى قد تعوق خطة العلاج	٥٨	٥٢.٧
الاتصال بأسرة المعنفة بعد موافقتها لضمان استمرارية الاتصال بين المعنفة والأسرة	٥١	٤٦.٤
تقديم تقرير مفصل عن النواحى الاجتماعية والاقتصادية والثقافية عن المعنفة وأسرتها للطبيب المعالج لوضع خطة علاجية مناسبة .	٥٠	٤٥.٥
تهيئة المعنفة وأسراتها في حالة وجود عمليات جراحية وذلك من الناحية النفسية والاجتماعية.	٤٥	٤٠.٩

يكشف الجدول (٨) الذى يوضح أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك استقبال المعنفة من خلال قسم الاستقبال والتعرف عليها وعلى نوع العنف الذى تعاني منه بنسبة (٨١.٨%)، يليها التعرف على شكوى المعنفة وأسرتها فى أقسام الاستقبال بنسبة (٧٣.٦%)،في حين جاءت توفير الخدمات الطبية اللازمة كالإسعافات الأولية للمعنفة بنسبة (٦٢.٧%)، يليها توضيح الإجراءات اللازمة للحصول على الخدمات العينية أو المادية بما يتفق مع لوائح المستشفى بنسبة (٥٩.١%)، جاء إجراء الأبحاث الاجتماعية للمعنفة بغرض صرف مساعدات مالية أو عينية بنسبة (٥٨.٢%)، ثم مساعدة المعنفة وأسرتها فى فهم العوامل الاجتماعية التى قد تعوق خطة العلاج بنسبة (٥٧.٣%)،يليها مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها الأسرية تعوق خطة العلاج بنسبة (٥٥.٥%).

جدول رقم (٩) يوضح أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
يصمم وينفذ البرامج الدينية والتي تساعد على تأهيل كثير من المعنفات.	٨٢	٧٤.٦
يصمم وينفذ العديد من البرامج الثقافية داخل المستشفي للمعنفات.	٧٩	٧١.٨
اتاحة الفرصة للمعنفات للتعبير عن مشاعرهم بحرية وصراحة من خلال عرض تجاربهم كنماذج	٧٨	٧٠.٩
تدعيم العلاقات الاجتماعية للمعنفات داخل المستشفي .	٦٩	٦٢.٧
يصمم وينفذ برامج لشغل اوقات الفراغ داخل المستشفي للمعنفات.	٦٥	٥٩.١
مساعدة المعنفة على الاستفادة من الخدمات والبرامج الترويحية الجماعية.	٦٤	٥٨.٢
تشكيل جماعات للهوايات من المعنفات لإشباع رغباتهم وتدعيم ثقتهم بأنفسهم.	٦١	٥٥.٥
تدعيم القدرة لدى المعنفة على التعامل مع المحيطين بها .	٥٩	٥٣.٦
مساعدة المعنفات على تكوين علاقات اجتماعية جديدة.	٥٥	٥٠.٠
يقيم وينفذ العديد من البرامج الترفيهية داخل المستشفي للمعنفات.	٥١	٤٦.٤
عقد لقاءات جماعية للمعنفات لعرض تجاربهم والاستفادة منها.	٤٦	٤١.٨
تكوين جماعات من المعنفات طبقا للمستوى الثقافي.	٤٥	٤٠.٩
تكوين جماعات من المعنفات طبقا للمستوى الاجتماعي والاقتصادي.	٤٤	٤٠.٠
يقيم وينفذ العديد من البرامج الاجتماعية للمعنفات لتفريغ مشاعرهم السلبية.	٢٠	١٨.٢

يوضح الجدول (٩) أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الخدمات الاجتماعية تصميم البرامج الدينية والتى تساعد على تأهيل كثير من المعنفات. بنسبة (٧٤.٦ %)، يليها يصمم وينفذ العديد من البرامج الثقافية داخل المستشفي للمعنفات بنسبة (٧١.٨ %)، يليها اتاحة الفرصة للمعنفة للتعبير عن مشاعرهم بحرية وصراحة من خلال عرض تجاربهم كنماذج بنسبة (٧٠.٩%)، يليها تدعيم العلاقات الاجتماعية للمعنفات داخل المستشفي بنسبة (٦٢.٧%)، في حين جاء تصميم برامج لشغل اوقات الفراغ داخل المستشفي للمعنفات.بنسبة (٥٩.١%)، يليها مساعدة المعنفة على الاستفادة من الخدمات والبرامج الترويحية الجماعية بنسبة (٥٨.٢%)، ولعل وجود بعض البرامج وتنوعها يرجع الى حاجة المعنفات لإشباع بعض الحاجات التى تقدمها تلك البرامج والتى تفتقدها المعنفة خاصة البرامج الاجتماعية وما تنطوي عليه من تكوين العلاقات والحوار والتفاعل مع الآخرين، في حين تحتاج المعنفة البرامج

الدينية لتقوية صلتها بالله عز وجل وعدم اليأس، والصبر على ما يصيب الانسان.

جدول رقم (١٠) يوضح أهم الخدمات المجتمعية المقدمة للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
التحويل إلي دار الحماية الاجتماعية.	٨٣	٧٥.٥
محاولة الاستفادة من امكانيات المجتمع المحلي لدعم المعنفات وأسرهم	٨٣	٧٥.٥
التنسيق مع أقسام الشرطة.	٦٣	٥٧.٣
القيام بأنشطة الاتصال المتعددة للتعرف على كافة المؤسسات المجتمعية التى من الممكن دعمها للمعنفات وأسرهم	٦٣	٥٧.٣
توجيه الحالات المعنفة للحصول علي مساعدات اقتصادية من المؤسسات المعنية بذلك.	٥٧	٥١.٨
تقديم المساعدة القانونية للحالات المعنفة.	٣٧	٣٣.٦
محاولة الاستفادة من الجمعيات الخيرية لتدعيم الامكانيات المقدمة للمعنفة.	٣٧	٣٣.٦
توفير الخط المجاني لتقديم الخدمات الاستشارية للحالات المعنفة.	٣٤	٣٠.٩
محاولة الاتصال بالمؤسسات الحكومية لاستفادة منها في تدعيم الخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم	٣٤	٣٠.٩

يظهر الجدول (١٠) الخدمات المجتمعية التي يقدمها الأخصائى الاجتماعي للحالات المعنفة بالمستشفى من وجهة نظر مجتمع الدراسة حيث جاء في مقدمة تلك الخدمات التحويل إلى دار الحماية الاجتماعية، محاولة الاستفادة من امكانيات المجتمع المحلي لدعم المعنفات وأسرهم بنسبة (٧٥.٥%) لكل منهما، تلي ذلك التنسيق مع أقسام الشرطة، القيام بأنشطة الاتصال المتعددة للتعرف على كافة المؤسسات المجتمعية التى من الممكن دعمها للمعنفات وأسرهم بنسبة (٥٧.٣%)لكل منهما، ثم توجيه الحالات المعنفة للحصول علي مساعدات اقتصادية من المؤسسات المعنية بذلك بنسبة (٥١.٨%)، جاء تقديم المساعدة القانونية للحالات المعنفة، محاولة الاستفادة من الجمعيات الخيرية لتدعيم الامكانيات المقدمة للمعنفة في المرتبة الرابعة بنسبة (٣٣.٦%) لكل منهما، في حين جاء توفير الخط المجاني لتقديم الخدمات الاستشارية للحالات المعنفة، محاولة الاتصال بالمؤسسات الحكومية لاستفادة منها في تدعيم الخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم آخر تلك الخدمات بنسبة (٣٠.٩%) لكل منهما، ولعل تلك البيانات توضح

اهمية الخدمات المجتمعية للمعنفة وأسرتها نظرا للحاجة الى تلك الخدمات خاصة وأن أغلب تلك الخدمات التى تحتاج اليها المعنفة تعد خدمات مشتركة مع العديد من الجهات ذات التخصص.

جدول رقم (١١) يوضح الأدوار التي يتم ممارستها كأخصائى اجتماعى مع الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
تثقيف وتوعية المعنفات وأسرهم في الجوانب الاجتماعية المتعلقة بالعنف والآثار المترتبة عليه.	٨١	٧٣.٦
استخدام تكنيكات الخدمة الاجتماعية في التدخل لمواجهة المشكلات التى تعاني منها المعنفة وآسرتها.	٧٦	٦٩.١
مساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المستشفى	٧٥	٦٨.٢
مساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المؤسسات المجتمعية المختلفة.	٧٣	٦٦.٤
تصميم وتنفيذ البرامج المختلفة للمعنفات داخل المستشفى	٦٤	٥٨.٢
القيام بدور حلقة الوصل بين المعنفات وأسرهم والمؤسسات المجتمعية المختلفة للاستفادة منها	٦٠	٥٤.٦
العمل على مواجهة المشكلات التى تنشأ بين المعنفة وأسرتها	٥٨	٥٢.٧
القيام بدراسات ميدانية للوقوف على أهم الاسباب وراء ظاهرة العنف الاسري	٥٤	٤٩.١
الدفاع عن مصالح وحقوق المعنفات وأسرهم أمام الفرق الطبية بالمستشفى	٣٥	٣١.٨
الدفاع عن مصالح وحقوق المعنفات وأسرهم أمام المؤسسات المجتمعية.	٣٢	٢٩.١

يكشف الجدول (١١) الأدوار التي يتم ممارستها كأخصائى اجتماعى مع الحالات المعنفة جاء في مقدمة تلك الأدوار تثقيف وتوعية المعنفات وأسرهم في الجوانب الاجتماعية المتعلقة بالعنف والآثار المترتبة عليه بنسبة (٧٣.٦%)، يليهااستخدام تكنيكات الخدمة الاجتماعية في التدخل لمواجهة المشكلات التى تعاني منها المعنفة وآسرتها بنسبة (٦٩.١%)،يليهامساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المستشفي بنسبة (٦٨.٢%)،ثم مساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المؤسسات المجتمعية المختلفة بنسبة (٦٦.٤%)،يليها تصميم وتنفيذ البرامج المختلفة للمعنفات داخل المستشفي بنسبة (٥٨.٢%)،ثم القيام بدور حلقة الوصل بين المعنفات وأسرهم والمؤسسات المجتمعية المختلفة للاستفادة منها بنسبة (٥٤.٦%)، ولعل الادوار المتنوعة التى يقوم بها الاخصائيين الاجتماعيين مع الحالات

المعنفة توضح مدى مدي حاجة تلك المعنفات الى من يقوم بدور حلقة الاتصال بينهم وبين الاطراف الاخرى لمساعدتهم على الاستفادة من الخدمات المختلفة التى تقدمها المستشفي أو المؤسسات الاخرى المعنية بتقديم خدمات للمعنفة وأسرتها سواء كانت خدمات اجتماعية أو اقتصادية ...الخ.

جدول رقم (١٢) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات فردية للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
عدم تعاون بعض الأسر .	٧١	٦٤.٥
صعوبة الحصول على البيانات المتعلقة بالظروف الأسرية	٦٠	٥٤.٥
عدم كفاية الخدمات المباشرة التى يمكن تقديمها للحالات المعنفة	٥٥	٥٠.٠
صعوبة التحديد الدقيق لطبيعة المشكلة .	٤٦	٤١.٨
صعوبة تحديد العوامل التى أسهمت فى إحداث المشكلة	٤٥	٤٠.٩
عدم كفاية البيانات التى يبنى عليها تشخيص المشكلة.	٤٤	٤٠.٠
صعوبة تطبيق بعض أساليب المقابلة مع الحالات المعنفة	٤١	٣٧.٣
صعوبة تطبيق بعض الاساليب العلاجية مع الحالات المعنفة	٤٠	٣٦.٤
صعوبة الحصول على بيانات من الحالات المعنفة	٣٤	٣٠.٩
صعوبة تطبيق بعض المبادئ المهنية مع الحالات المعنفة	٣٠	٢٧.٣
صعوبة تكوين علاقة مهنية مع بعض أفراد أسرة الحالات المعنفة	٢٩	٢٦.٤
صعوبة تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة	٢٨	٢٥.٥

يوضح الجدول (١٢) المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات فردية للحالات المعنفة بالمستشفي من وجهة نظر مجتمع الدراسة حيث جاء في مقدمة تلك المعوقات عدم تعاون بعض الأسر بنسبة (٦٤.٥%)، تلي ذلك صعوبة الحصول على البيانات المتعلقة بالظروف الأسرية بنسبة (٥٤.٥%)، ثم عدم كفاية الخدمات المباشرة التي يمكن تقديمها للحالات المعنفة بنسبة (٥٠.٠%)، تلي ذلك صعوبة التحديد الدقيق لطبيعة المشكلة بنسبة (٤١.٨%)، أما صعوبات تحديد العوامل التى أسهمت فى إحداث المشكلة جاء في المرتبة الخامسة بنسبة (٤٠.٩%)، ثم جاء عدم كفاية البيانات التى يبنى عليها تشخيص المشكلة بنسبة (٤٠.٠%)، ثم جاء صعوبة تطبيق بعض أساليب المقابلة مع الحالات المعنفة في المرتبة السابعة

بنسبة (٣٧.٣%)، تلي ذلك صعوبة تطبيق بعض الاساليب العلاجية مع الحالات المعنفة بنسبة (٣٦.٤%)، في حين جاء صعوبة تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة آخر تلك المعوقات بنسبة (٢٥.٥%)، ولعل اختلاف وتنوع المعوقات التى تعوق تقديم خدمات فردية للمعنفة على هذا النحو سواء كانت راجعة الى الأخصائى الاجتماعى أو المؤسسة ذاتها فإنها تقف عائق امام تحقيق تقديم خدمات فردية متكاملة للحالات المعنفة الامر الذى يتطلب معه صقل مهارات العمل المهنى للاخصائيين الاجتماعيين بالتدريب المستمر بما يمكنهم من الاداء الفعال لتلك الخدمات.

جدول رقم (١٣) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات جماعية للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
قصور الإمكانيات المستخدمة فى تنفيذ البرامج للحالات المعنفة.	٦٧	٦٠.٩
صعوبة معالجة مشكلات الحالات المعنفة داخل الجماعة.	٥٦	٥٠.٩
صعوبة تصميم البرامج التى تتناسب مع الحالات المعنفة	٤٤	٤٠.٠
صعوبة توجيه التفاعل الجماعى مع الحالات المعنفة.	٤٢	٣٨.٢
عدم توفر العدد الكافى من الأخصائيين الاجتماعيين	٣٨	٣٤.٥
صعوبة تطبيق بعض مبادئ خدمة الجماعة مع الحالات المعنفة.	٣٦	٣٢.٧
صعوبة إكساب الحالات المعنفة المهارات والخبرات الجماعية .	٢٧	٢٤.٥

يوضح الجدول (١٣) المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات جماعية للحالات المعنفة من وجهة نظر مجتمع الدراسة حيث جاء في مقدمة تلك المعوقات قصور الإمكانيات المستخدمة في تنفيذ البرامج للحالات المعنفة بنسبة (٦٠.٩%)، ثم جاء في الترتيب الثاني صعوبة معالجة مشكلات الحالات المعنفة داخل الجماعة بنسبة (٥٠.٩%)، تلي ذلك في الترتيب الثالث صعوبة تصميم البرامج التي تتناسب مع الحالات المعنفة بنسبة (٤٠.٠%)، أما الصعوبة في توجيه التفاعل الجماعي مع الحالات المعنفة بنسبة (٣٨.٢%)، في حين جاء عدم توفر العدد الكافي من الأخصائيين

الاجتماعيين في الترتيب الخامس بنسبة (٣٤.٥%)، أما صعوبة إكساب الحالات المعنفة المهارات والخبرات الجماعية فجاء آخر تلك الصعوبات بنسبة (٢٤.٥%)، ولعل ذلك يرجع الى صعوبة تكوين جماعات في المستشفي بصفة عامة أو قد يرجع الى عدم وضوح دور الأخصائي الاجتماعي في العمل مع الجماعات.

جدول رقم (١٤) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات مجتمعية للحالات المعنفة

المتغير	ك	%
صعوبة تقديم اى مساعدات قانونية للمعنفات وأسرهم.	٤٩	٤٤.٥
قلة دعم الجمعيات الخيرية للخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم.	٤٤	٤٠.٠
تعقد الاجراءات الادارية للمؤسسات الحكومية للحصول على دعم للمعنفات وأسرهم.	٤١	٣٧.٣
عدم القدرة على الحصول على المساعدات الاقتصادية اللازمة للمعنفات وأسرهم من المؤسسات المجتمعية.	٤٠	٣٦.٤
عدم توفر الوعي المجتمعي بأسباب واثأر العنف الاسري	٣٤	٣٠.٩

يكشف الجدول (١٤)عن المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات مجتمعية للحالات المعنفة حيث جاء صعوبة تقديم اى مساعدات قانونية للمعنفات وأسرهم بنسبة (٤٤.٥%)، تلي ذلك قلة دعم الجمعيات الخيرية للخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم بنسبة (٤٠.٠%)، ثم تعقد الاجراءات الادارية للمؤسسات الحكومية للحصول على دعم للمعنفات وأسرهم بنسبة (٣٧.٣%)، اما صعوبة عدم القدرة على الحصول على المساعدات الاقتصادية اللازمة للمعنفات وأسرهم من المؤسسات المجتمعية جاء في الترتيب الرابع بنسبة (٣٦.٤%)، ثم عدم توفر الوعي المجتمعي بأسباب واثأر العنف الاسري بنسبة (٣٠.٩%)، وقد يرجع تعدد تلك الصعوبات الى تنوع حالات العنف وصعوبة تنفيذ الاستراتيجيات المهنية،كما قد يرجع الى قصور الاعداد المهني للأخصئيين

الاجتماعيين خاصة الدورات التدريبية التى حصلوا عليها.

جدول رقم (١٥) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بفريق العمل

المتغير	ك	%
عدم وضوح الحدود بين الأدوار المهنية المختلفة تجاه الحالات المعنفة بالمستشفى.	٥٠	٤٥.٥
عدم فهم بعض أعضاء الفريق العلاجي بالمستشفى لطبيعة الدور مع الحالات المعنفة	٤٩	٤٤.٥
عدم اهتمام فريق العمل بالعلاج الاجتماعى للحالات المعنفة.	٣٨	٣٤.٥
تغلب المسئوليات الإدارية على الأخصائى الاجتماعى.	٣٧	٣٣.٦
غياب روح العمل الفريقى مع الحالات المعنفة.	٣٥	٣١.٨

يتضح من الجدول (١٥) المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بفريق العمل بالمستشفي جاء في مقدمتها عدم وضوح الحدود بين الأدوار المهنية المختلفة تجاه الحالات المعنفة بالمستشفى بنسبة (٤٥.٥%)، يلي ذلك عدم فهم بعض أعضاء الفريق العلاجي بالمستشفى لطبيعة الدور مع الحالات المعنفة بنسبة (٤٤.٥%)، ثم عدم اهتمام فريق العمل بالعلاج الاجتماعي للحالات المعنفة بنسبة (٣٤.٥%)، وإشارات أقل نسبة (٣١.٨%) بأن المعوقات مع فريق العمل يرجع الى غياب روح العمل الفريقى مع الحالات المعنفة.

جدول رقم (١٦) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بكفاية الموارد والإمكانيات

المتغير	ك	%
عدم كفاية خدمات التأهيل الاجتماعي والنفسي للحالات المعنفة.	٦٠	٥٤.٥
عدم توفر المكان الملائم لعمل الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة بالمستشفى.	٥٦	٥٠.٩
عدم كفاية الخدمات الصحية للحالات المعنفة بالمستشفى	٤٠	٣٦.٤

يكشف جدول (١٦) عن المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بكفاية الموارد والإمكانيات حيث جاء في مقدمة تلك المعوقات عدم كفاية خدمات التأهيل الاجتماعي والنفسي للحالات المعنفة بنسبة (٥٤.٥%)، تلي ذلك عدم توفر المكان الملائم لعمل الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة بالمستشفى بنسبة (٥٠.٩%)، ثم عدم كفاية الخدمات الصحية للحالات المعنفة بالمستشفى بنسبة (٣٦.٤%)، ولعل ذلك يرجع الى عدم وجود خدمات خاصة بالحالات المعنفة تقدمها المستشفي ويكتفي بتقديم خدمات للمرضي بالمستشفي بصورة عامة.

جدول رقم (١٧) يوضح المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بأسر الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
عدم تعاون بعض أسر الحالات المعنفة مع المستشفى	٨٢	٧٤.٥
تمسك بعض الأسر بموقفها تجاه الحالات المعنفة.	٦٩	٦٢.٧
عدم تفهم بعض الأسر لطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي.	٦٧	٦٠.٩
عدم موافقة بعض الأسر على قيام الأخصائي الاجتماعي بالزيارات المنزلية.	٤٤	٤٠.٠

يبين الجدول (١٧) المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بأسر الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الأسباب عدم تعاون بعض أسر الحالات المعنفة مع المستشفى بنسبة (٧٤.٥%)، تلي ذلك تمسك بعض الأسر بموقفها تجاه الحالات المعنفة بنسبة (٦٢.٧%)، ثم جاء عدم تفهم بعض الأسر لطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي في المرتبة الثالثة من تلك المعوقات بنسبة (٦٠.٩%)، في حين جاء عدم موافقة بعض الأسر على قيام الأخصائي الاجتماعي بالزيارات المنزلية في المرتبة الأخيرة بنسبة (٤٠.٠%)، ولعل ذلك يرجع الى عدم تفهم أسر المعنفات لدور الأخصائي الاجتماعي بالمستشفي أو قد يرجع الى صعوبة تكوين علاقات مهنية مع تلك الاسر بما يمكن من العمل معهم.

جدول رقم (١٨) يوضح مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين للتغلب على المعوقات في العمل مع الحالات المعنفة

المتغير	ك	%
عقد دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين خاصة بالعمل مع الحالات المعنفة.	٩٢	٨٣.٦
توعية فريق العمل بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة.	٨٩	٨٠.٩
توفير الامكانيات المادية والعينية للعمل مع الحالات المعنفة.	٨٤	٧٦.٤
الاهتمام بتفعيل الأنشطة والبرامج الجماعية للحالات المعنفة بالمستشفي.	٨٣	٧٥.٥
تعاون أسر المعنفات مع الأخصائي الاجتماعي بالمستشفي .	٧٩	٧١.٨
تعاون المؤسسات المجتمعية المعنية مع الأخصائي الاجتماعي عند تعامله مع الحالات المعنفة بالمستشفي	٧٧	٧٠.٠٠
تخفيف العمل الادارى عن الأخصائي الاجتماعي.	٧٢	٦٥.٥

فيما يتعلق بمقترحات المبحوثين للتغلب على المعوقات في العمل مع الحالات المعنفة أشار غالبية المبحوثين من الأخصائيين الاجتماعيين بنسبة (٨٣.٦%) الى ضرورة عقد دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين خاصة بالعمل مع الحالات المعنفة، وقد يرجع ذلك الى افتقارهم للدورات التدريبية المتخصصة مع الحالات المعنفة. كما أكد نسبة (٨٠.٩%) من المبحوثين بضرورة توعية فريق العمل بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة بما يؤدى الى تكامل الادوار في العمل مع الحالات

المعنفة. واقترح نسبة (٧٦.٤%) من المبحوثين بضرورة توفير الامكانيات المادية والعينة للعمل مع الحالات المعنفة التى تعينهم على القيام بادراهم المهنية مع تلك الفئات، وإشارات نسبة (٦٥.٥%) من المبحوثين بضرورة تخفيف العمل الادارى عن الأخصائي الاجتماعي الامر الذى يمكنه من اداء دوره المهنى بالمستشفي.

جدول (١٩) يوضح العلاقة بين النوع وعدد الدورات التدريبية التى تم الحصول عليها

المتغيرات		عدد الدورات التدريبية				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
النوع	ذكر	4	2	12	30	48
		3.6%	1.8%	10.9%	27.3%	43.6%
	أنثي	6	5	8	43	62
		5.5%	4.5%	7.3%	39.1%	56.4%
المجموع		10	7	20	73	110
		9.1%	6.4%	18.2%	66.4%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	3.069a	3	.003			

كشفت البيانات الواردة في جدول (١٩) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النوع وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين حيث أشارت نسبة (٣٩.١%) من الاناث بأنهن حصلوا على حصلوا على أكثر من تسع دورات في حين ذكرت نسبة (٢٧.٣%) من الذكور بأنهم حصلوا على نفس العدد من الدورات التدريبية.

جدول (٢٠) يوضح العلاقة بين النوع وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين

المتغيرات		سنوات الخبرة				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
النوع	ذكر	6	3	6	33	48
		5.5%	2.7%	5.5%	30.0%	43.6%
	أنثي	8	13	19	22	62
		7.3%	11.8%	17.3%	20.0%	56.4%
المجموع		14	16	25	55	110
		12.7%	14.5%	22.7%	50.0%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	3.069a	3	.003			

تبين النتائج الواردة في الجدول (٢٠) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النوع وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين. حيث أوضحت نسبة (٣٠.٠%) من الذكور بأن لديهم

سنوات خبرة في المجال الطبى تفوق (تسع سنوات فأكثر)، في حين أظهرت نسبة (٢٠.٠%) من الاناث بأنهن لديهم سنوات خبرة (تسع سنوات فأكثر).

جدول (٢١) يوضح العلاقة بين العمر وعدد الدورات التدريبية التى تم الحصول عليها

المتغيرات		عدد الدورات التدريبية				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
العمـــر	أقل من ٣٠ سنة	3	0	6	8	17
		2.7%	.0%	5.5%	7.3%	15.5%
	من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة	5	1	6	31	43
		4.5%	.9%	5.5%	28.2%	39.1%
	من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة	1	6	3	23	33
		.9%	5.5%	2.7%	20.9%	30.0%
	من ٤٠ إلى أقل من ٤٥ سنة	1	0	5	8	14
		.9%	.0%	4.5%	7.3%	12.7%
	من ٤٥ إلى أقل من ٥٠ سنة	0	0	3	3	3
		.0%	.0%	.0%	2.7%	2.7%
المجموع		10	7	20	73	110
		9.1%	6.4%	18.2%	66.4%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	23.333a	12	.002			

كشفت بيانات الجدول (٢١) عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي. حيث أظهرت نسبة (٢٨.٢%) في الفئة العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة) بأنهم حصلوا على أكثر من تسع دورات تدريبية، في حين جاءت نسبة (٢٠.٩%) في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة) بأنهم حصلوا على نفس العدد من الدورات التدريبية.

جدول (٢٢) يوضح العلاقة بين العمر وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين

المتغيرات		سنوات الخبرة				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
العمر	أقل من ٣٠ سنة	6	6	3	2	17
		5.5%	5.5%	2.7%	1.8%	15.5%
	من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة	5	10	16	12	43
		4.5%	9.1%	14.5%	10.9%	39.1%
	من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة	3	0	4	26	33
		2.7%	.0%	3.6%	23.6%	30.0%
	من ٤٠ إلى أقل من ٤٥ سنة	0	0	2	12	14
		.0%	.0%	1.8%	10.9%	12.7%
	من ٤٥ إلى أقل من ٥٠ سنة	0	0	0	3	3
		.0%	.0%	.0%	2.7%	2.7%
المجموع		14	16	25	55	110
		12.7%	14.5%	22.7%	50.0%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	50.521a	12	.000			

تظهر النتائج الواردة في الجدول (٢٢) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين. حيث أوضحت نسبة (٢٣.٦%) في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة) بأن لديهم سنوات خبرة في المجال الطبى تفوق (تسع سنوات)، في حين أظهرت نسبة (١٠.٩%) في كل من الفئات العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة) (من ٤٠ إلى أقل من ٤٥ سنة) بأن لديهم سنوات خبرة أكثر من تسع سنوات.

جدول (٢٣) يوضح العلاقة بين المؤهل العلمي وعدد الدورات التدريبية التى تم الحصول عليها

المتغيرات		عدد الدورات التدريبية				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
المؤهل العلمي	بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	3	0	7	18	28
		2.7%	.0%	6.4%	16.4%	25.5%
	بكالوريوس علم الاجتماع	4	7	13	41	65
		3.6%	6.4%	11.8%	37.3%	59.1%
	دراسات عليا	3	0	0	14	17
		2.7%	.0%	.0%	12.7%	15.5%
المجموع		10	7	20	73	110
		9.1%	6.4%	18.2%	66.4%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	11.617a	6	.005			

يظهر الجدول (٢٣) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي.حيث جاءت نسبة (٣٧.٣%) من الحاصلين علي بكالوريوس علم الاجتماع بأنهم حصلوا على أكثر ممن تسع دورات تدريبية، في حين جاءت نسبة (١٦.٤%) من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية بأنهم حصلوا كذلك على نفس العدد من الدورات التدريبية.

جدول (٢٤) يوضح العلاقة بين المؤهل العلمي وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين

المتغيرات		سنوات الخبرة				المجموع
		٣-	٦-	٩-	٩ فأكثر	
المؤهل العلمي	بكالوريوس الخدمة الاجتماعية	3	8	4	13	28
		2.7%	7.3%	3.6%	11.8%	25.5%
	بكالوريوس علم الاجتماع	8	8	13	36	65
		7.3%	7.3%	11.8%	32.7%	59.1%
	دراسات عليا	3	0	8	6	17
		2.7%	.0%	7.3%	5.5%	15.5%
المجموع		14	16	25	55	110
		12.7%	14.5%	22.7%	50.0%	100.0%
Pearson Chi-Square	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)			
	13.608a	6	.003			

تظهر بيانات الجدول (٢٤) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين (مجتمع الدراسة). حيث جاءت نسبة (٣٢.٧%) من الحاصلين علي بكالوريوس علم الاجتماع بان لديهم سنوات خبرة اكثر من تسع سنوات، في حين جاءت نسبة (١١.٨%) من الحاصلين على

بكالوريوس الخدمة الاجتماعية بأنهم لديهم سنوات خبرة تفوق تسع سنوات

تاسعا: نتائج الدراسة:

انتهت الدراسة الى مجموعه من النتائج جاءت علي النحو التالي :

(١)خصائص مجتمع البحث :

- كشفت نتائج الدراسة أن غالبية المبحوثيب بنسبة(٥٦.٤%) من الاناث، ونسبة(٤٣.٦%) من الذكور.
- أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (٣٨.٢%) من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة)، ونسبة(٣٠.٠٠%) من المبحوثين يقعون في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة)، في حين جاءت نسبة(١.٨%) من المبحوثين في الفئة العمرية (٥٠ سنة فأكثر).
- يتضح من نتائج الدراسة أن نسبة(٦٥.٥%) من الاخصائيين الاجتماعيين العاملين مع المعنفات في المجال الطبى متزوجين، بينما جاءت نسبة غير المتزوجين (٣٢.٧ %).
- تشير نتائج الدراسة أن نسبة (٥٩.١%) من المبحوثين من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية ، بينما كانت نسبة(٢٥.٥%) من الحاصلين على بكالوريوس علم الاجتماع.
- يتضح من نتائج الدراسة أن نسبة(٥٠.٠٠%) من المبحوثين لديهم سنوات خبرة في المجال الطبي (أكثر من ٩ سنوات)، اما من كانت سنوات خبرتهم (من ٦ إلى أقل من ٩ سنوات) فكانت نسبتهم(٢٢.٧%).
- كشفت نتائج الدراسة أن نسبة(٩١.٨%) حصلوا على دورات تدريبية.
- أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة (٨٥.٢%) من المبحوثين حصلوا على دورات تدريبية أثناء العمل، بينما أشارت نسبة(١٤.٨%) من مجموع استجابات المبحوثين بأنهم قد حصلوا على دورات تدريبية قبل الالتحاق بالعمل.
- تشير نتائج الدراسة أن نسبة(٨٨.١%) من المبحوثين قد استفادوا من الدورات التدريبية التى تمت لهم، في حين جاءت نسبة(١١.٩%) من استجابات المبحوثين بان الاستفادة من الدورات التدريبية كانت محدودة.
- كشفت نتائج الدراسة عن أوجه استفادة المبحوثين من الدورات التدريبية التى حصلوا عليها حيث جاءت لتنمية المعارف في المجال الطبي، اضافة الى أساليب التسجيل والتقويم وإعداد التقارير بنسبة (٩٣.٠٧%) لكل منهما، تلى ذلك نسبة (٧٣.٢٦%) من المبحوثين بأنهم استفادوا من الدورات التدريبية في تصميم وتنفيذ البرامج المهنية في المجال الطبي، ثم نسبة (٧١.٢٨%) بأنهم استفادوا من الدورات التدريبية في كيفية التعامل مع الحالات المعنفة، وأشارت نسبة (٥١.٤٨%) من الاستجابات كانت فائدتها من الدورات التدريبية هو التعرف على اساليب التعامل مع اسر الحالات المعنفة .

(٢)فيما يتعلق بالإجابة عن التساؤل الأول للدراسة والذي مفاده: ما دور الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ؟

❖ الإجراءات المهنية مع الحالات المعنفة:

- كشفت نتائج الدراسة عن أهم الاجراءات المهنية مع الحالات المعنفة تمثلت فى الأتي: تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة، استقبال المعنفة والتعرف عليها ، تلي ذلك التعرف على طبيعة العنف، تلي ذلك استيفاء استمارة البحث الاجتماعي الخاصة بالمستشفى، ثم التعرف على المشكلة من وجهة نظر الحالات المعنفة، تلي ذلك التعرف على مصدر تحويل الحالات المعنفة، ثم شرح وظيفة المستشفى وخدماتها ونظام العمل بها للحالات المعنفة اضافة الى تحويل الحالة المعنفة لأحد الاقسام الداخلية بالمستشفي.

❖ اهم الإجراءات المهنية مع أسر الحالات المعنفة:

- أظهرت نتائج الدراسة أن أهم الاجراءات المهنية مع أفراد أسر الحالات المعنفة: توضيح دور الأسرة في العمل مع الحالة المعنفة، تكوين علاقة مهنية مع أفراد الأسرة ، التعرف على بعض المعلومات المتعلقة بالحالة المعنفة، التخفيف من حده الآثار النفسية لأفراد الأسرة نتيجة العنف، ثم تصحيح بعض أساليب المعاملة المضطربة التي تتلقاها الحالة المعنفة من الأسرة، تحقيق التعاون المطلوب بين المستشفي والأسرة، تزويد الأسرة ببعض المعلومات عن العنف وأثاره على الحالات المعنفة، تكوين علاقة مهنية مع أفراد الأسرة، و زيادة فاعلية دور الأسرة مع الحالات المعنفة .

❖ اهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة :

- أوضحت نتائج الدراسة أهم الجوانب التى يتم التركيز عليها مع الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الجوانب الكشف عن أهم المشكلات تعاني منها الحالات المعنفة، التعرف على السلوكيات المختلفة للحالات المعنفة، الوقوف على مدى التزام الحالات المعنفة بالخطة العلاجية الموضوعة، التعرف علي طبيعة علاقة الحالات المعنفة مع الحالات الأخرى بالمستشفى، واخيرا التعرف علي طبيعة علاقة الحالات المعنفة بالعاملين بالمستشفى .

❖ أهم الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة:

- أشارت نتائج الدراسة الى الاساليب المهنية المستخدمة مع الحالات المعنفة: حيث جاءت المقابلة بأنواعها (الفردية – المشتركة – الجماعية – التتبعية) في مقدمة الاساليب المهنية،الملاحظة، ثم المحادثات التليفونية ، تلي ذلك المكاتبات

والمراسلات ، الزيارة المنزلية فقد جاءت في الترتيب الاخير.

❖ أهم الاساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة:

●كشفت نتائج الدراسة عن أهم الأساليب العلاجية المستخدمة مع الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الاساليب أساليب المعونة النفسية ، تخفيف الضغوط البيئية الواقعة على الحالات المعنفة من قبل بعض المحيطين بها ، تقديم خدمات مباشرة للحالات المعنفة ، أساليب الاستبصار النفسي ، أساليب التأثير المباشر أو تعديل الاستجابات ، في حين جاء الاساليب التربوية والتعليمية في المرتبة الأخيرة.

❖ أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة:

- أوضحت نتائج الدراسة أهم الخدمات الفردية المقدمة للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الخدمات استقبال المعنفة من خلال قسم الاستقبال والتعرف عليها وعلى نوع العنف الذى تعاني منه، يليها التعرف على شكوى المعنفة وأسرتها فى أقسام الاستقبال، توفير الخدمات الطبية اللازمة كالإسعافات الأولية للمعنفة ، توضيح الإجراءات اللازمة للحصول على الخدمات العينية أو المادية بما يتفق مع لوائح المستشفى ، إجراء الأبحاث الاجتماعية للمعنفة بغرض صرف مساعدات مالية أو عينية، مساعدة المعنفة وأسرتها فى فهم العوامل الاجتماعية التى قد تعوق خطة العلاج، واخيراً مساعدة المعنفة للتغلب على مشكلاتها الأسرية والتى قد تعوق تعوق خطة العلاج .

❖ أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة:

- كشفت نتائج الدراسة عن أهم الخدمات الجماعية المقدمة للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك البرامج الاجتماعية يصمم وينفذ البرامج الدينية والتى تساعد على تأهيل كثير من المعنفات، يصميم وينفذ العديد من البرامج الثقافية داخل المستشفي للمعنفات، اتاحة الفرصة للمعنفات للتعبير عن مشاعرهم بحرية وصراحة من خلال عرض تجاربهم كنماذج، تدعيم العلاقات الاجتماعية للمعنفات داخل المستشفي، يصمم وينفذ برامج شغل اوقات الفراغ داخل المستشفي للمعنفات، واخيراً مساعدة المعنفة على الاستفادة من الخدمات والبرامج الترويحية الجماعية.

❖ أهم الخدمات المجتمعية المقدمة للحالات المعنفة:

●أظهرت نتائج الدراسة الخدمات المجتمعية التي يقدمها الأخصائى الاجتماعي للحالات المعنفة بالمستشفى حيث جاء في مقدمة تلك الخدمات

التحويل إلى دار الحماية الاجتماعية، محاولة الاستفادة من امكانيات المجتمع المحلي لدعم المعنفات وأسرهم، التنسيق مع أقسام الشرطة، القيام بأنشطة الاتصال المتعددة للتعرف على كافة المؤسسات المجتمعية التى من الممكن دعمها للمعنفات وأسرهم، توجيه الحالات المعنفة للحصول علي مساعدات اقتصادية من المؤسسات المعنية بذلك، تقديم المساعدة القانونية للحالات المعنفة، محاولة الاستفادة من الجمعيات الخيرية لتدعيم الامكانيات المقدمة للمعنفة، توفير الخط المجاني لتقديم الخدمات الاستشارية للحالات المعنفة، واخيراً محاولة الاتصال بالمؤسسات الحكومية للاستفادة منها في تدعيم الخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم.

- كشفت نتائج الدراسة عن الأدوار التي يتم يقديمها الأخصائي الاجتماعي للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك الأدوار تثقيف وتوعية المعنفات وأسرهم في الجوانب الاجتماعية المتعلقة بالعنف والآثار المترتبة عليه، استخدام تكنيكات الخدمة الاجتماعية في التدخل لمواجهة المشكلات التى تعاني منها المعنفة وآسرتها، مساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المستشفي، مساعدة المعنفات وأسرهم على الاستفادة من الخدمات التى تقدمها المؤسسات المجتمعية المختلفة، تصميم وتنفيذ البرامج المختلفة للمعنفات داخل المستشفي، واخيراً القيام بدور حلقة الوصل بين المعنفات وأسرهم والمؤسسات المجتمعية المختلفة للاستفادة منها.

(٣)فيما يتعلق بالإجابة عن التساؤل الثاني للدراسة والذي مفاده: ما أهم المعوقات التي تواجه الأخصائي الاجتماعي الطبي في التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ؟

- أظهرت نتائج الدراسة أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات فردية للحالات المعنفة بالمستشفي ولقد جاء في مقدمة تلك المعوقات عدم تعاون بعض الأسر، تلي ذلك صعوبة الحصول على البيانات المتعلقة بالظروف الأسرية، عدم كفاية الخدمات المباشرة التي يمكن تقديمها للحالات المعنفة، صعوبة التحديد الدقيق لطبيعة المشكلة، صعوبات تحديد العوامل التى أسهمت فى إحداث المشكلة جاء في المرتبة الخامسة، عدم كفاية البيانات التى يبنى عليها تشخيص المشكلة، صعوبة تطبيق بعض أساليب المقابلة مع الحالات المعنفة، صعوبة تطبيق بعض الاساليب العلاجية مع الحالات المعنفة، واخيراً صعوبة تكوين علاقة مهنية مع الحالات المعنفة.

- كشفت نتائج الدراسة عن أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات جماعية للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك المعوقات قصور الإمكانيات المستخدمة في تنفيذ البرامج للحالات المعنفة، صعوبة معالجة مشكلات الحالات المعنفة داخل الجماعة، صعوبة تصميم البرامج التي تتناسب مع الحالات المعنفة، الصعوبة في توجيه التفاعل الجماعي مع الحالات المعنفة، أما عدم توفر العدد الكافي من الأخصائيين الاجتماعيين ، واخيراً صعوبة إكساب الحالات المعنفة المهارات والخبرات الجماعية.
- أوضحت نتائج الدراسة أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي عند تقديم خدمات مجتمعية للحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك صعوبة تقديم اى مساعدات قانونية للمعنفات وأسرهم، يلي ذلك قلة دعم الجمعيات الخيرية للخدمات المقدمة للمعنفات وأسرهم، تعقد الاجراءات الادارية للمؤسسات الحكومية للحصول على دعم للمعنفات وأسرهم، عدم القدرة على الحصول على المساعدات الاقتصادية اللازمة للمعنفات وأسرهم من المؤسسات المجتمعية، واخيراً عدم توفر الوعي المجتمعي بأسباب واثأر العنف الاسري.
- أظهرت نتائج الدراسة أهم المعوقات التى تواجه الأخصائي الاجتماعي والمتعلقة بفريق العمل في المستشفي والتى كانت في مقدمتها عدم وضوح الحدود بين الأدوار المهنية المختلفة تجاه الحالات المعنفة بالمستشفى، عدم فهم بعض أعضاء الفريق العلاجي بالمستشفى لطبيعة الدور مع الحالات المعنفة، واخيراً عدم اهتمام فريق العمل بالعلاج الاجتماعي للحالات المعنف.
- كشفت نتائج الدراسة أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بكفاية الموارد والإمكانيات حيث جاءت في مقدمة تلك المعوقات عدم كفاية خدمات التأهيل الاجتماعي والنفسي للحالات المعنفة، تلي ذلك عدم توفر المكان الملائم لعمل الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة بالمستشفى، واخيراً عدم كفاية الخدمات الصحية للحالات المعنفة بالمستشفى .
- بينت نتائج الدراسة أهم المعوقات التي تواجه الأخصائى الاجتماعي والمتعلقة بأسر الحالات المعنفة حيث جاء في مقدمة تلك المعوقات عدم تعاون بعض أسر الحالات المعنفة مع المستشفى، تمسك بعض الأسر بموقفها تجاه الحالات المعنفة، عدم تفهم بعض الأسر لطبيعة دور الأخصائي الاجتماعي، واخيراً عدم

موافقة بعض الأسر على قيام الأخصائي الاجتماعي بالزيارات المنزلية.

(٤) فيما يتعلق بالإجابة عن التساؤل الثالث للدراسة والذي مفاده: ما أهم مقترحات الأخصائيين الاجتماعيين للتغلب على معوقات التعامل مع الحالات المعنفة بالمستشفي ؟

- كشفت نتائج الدراسة عن أهم المقترحات والتى تمثلثت في: ضرورة عقد دورات تدريبية للأخصائيين الاجتماعيين خاصة بالعمل مع الحالات المعنفة، توعية فريق العمل بأهمية دور الأخصائي الاجتماعي مع الحالات المعنفة بما يؤدى الى تكامل الادوار في العمل مع الحالات المعنفة، توفير الامكانيات المادية والعينية للعمل مع الحالات المعنفة التى تعينهم على القيام بأدورهم المهنية، تخفيف العمل الادارى عن الأخصائي الاجتماعي بما يمكنه من اداء دوره المهنى بالمستشفي.

(٥)العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية للأخصائيين الاجتماعيين والعمل مع الحالات المعنفة :

- أشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين نوع الاخصائيين الاجتماعيين (ذكور – أناث) وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين حيث أشارت نسبة (٣٩.١%) من الاناث بأنهن حصلوا على أكثر من تسع دورات في حين ذكرت نسبة (٢٧.٣%) من الذكور بأنهم حصلوا على نفس العدد من الدورات التدريبية.
- أوضحت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النوع وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين. حيث أوضحت نسبة (٣٠.٠%) من الذكور بأن لديهم سنوات خبرة في المجال الطبى تفوق (تسع سنوات)، في حين أظهرت نسبة (٢٠.٠%) من الاناث بأنهن لديهم سنوات خبرة أكثر من تسع سنوات.
- كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي. حيث أظهرت نسبة (٢٨.٢%) في الفئة العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة) بأنهم حصلوا على أكثر من تسع دورات تدريبية، في حين جاءت نسبة (٢٠.٩%) في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة) بأنهم حصلوا على نفس العدد من الدورات التدريبية.
- أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين. حيث أوضحت نسبة (٢٣.٦%) في الفئة العمرية (من ٣٥ إلى أقل من ٤٠ سنة) بأن لديهم سنوات خبرة في المجال الطبى تفوق (تسع سنوات)، في حين أظهرت نسبة (١٠.٩%) في كل من الفئات

العمرية في الفئة العمرية (من ٣٠ إلى أقل من ٣٥ سنة)(من ٤٠ إلى أقل من ٤٥ سنة) بأن لديهم سنوات خبرة أكثر من تسع سنوات.

- أشارت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي وعدد الدورات التدريبية التى حصل عليها الاخصائيين الاجتماعيين في المجال الطبي.حيث جاءت نسبة (٣٧.٣%) من الحاصلين علي بكالوريوس علم الاجتماع بأنهم حصلوا على أكثر ممن تسع دورات تدريبية، في حين جاءت نسبة (١٦.٤%) من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية ممن حصلوا كذلك على نفس العدد من الدورات التدريبية.
- أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المؤهل العلمي وسنوات الخبرة لدى الاخصائيين الاجتماعيين. حيث جاءت نسبة (٣٢.٧%) من الحاصلين علي بكالوريوس علم الاجتماع ممن لديهم سنوات خبرة اكثر من تسع سنوات، في حين جاءت نسبة (١١.٨%) من الحاصلين على بكالوريوس الخدمة الاجتماعية بأنهم لديهم سنوات خبرة تفوق تسع سنوات.

عاشراً: توصيات الدراسة

انتهت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات جاءت كالتالي:

١. بناء عن ما أسفرت عنه نتائج الدراسة من أهمية التدريب لعمل الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي عامة والحالات المعنفة خاصة . لذا توصى الدراسة بالأتي:
   - الاهتمام بالتنمية المهنية للأخصائي الاجتماعي سواء قبل الالتحاق بالعمل أو أثناء ممارسة العمل في المجال الطبى بصفة عامة.
   - عقد الدورات التخصصية في مجال العمل مع الحالات المعنفة بما يمكن الأخصائيين الاجتماعيين من التعامل المهني الفعال مع تلك الحالات.
   - أن يتم تركيز البرامج التدريبية على الموضوعات الحديثة التى تتعلق بالاساليب والمرتبطة بآليات تقديم الخدمات الفردية أو الجماعية أو المجتمعية للتعامل مع الحالات المعنفة اضافة الى أهمية الالتزام بالميثاق المهنى والأخلاقي في التعامل مع تلك الحالات.
   - الحرص على تناول البرامج التدريبية للبناء المعرفي والمهاري المرتبط بآليات التعامل مع الحالات المعنفة.
٢. عقد الاجتماعات الدورية بين اعضاء فريق العمل بما بدعم التواصل الفعال المرتبط بالأدوار والحدود المهنية لأعضاء الفريق وبما ينعكس على التكامل في تقديم خدمات متنوعة للحالات المعنفة بالمستشفي.
٣. توصى الدراسة الأخصائيين الاجتماعيين بلأهمية التعامل مع أسر الحالات المعنفة بما

ينعكس على التعامل والتفاعل الايجابى مع الحالة المعنفة من جانب أسرهم.

مراجع الدراسة :

١. إبراهيم، عبد الستار(١٩٨٧م) أسس علم النفس ،الرياض، دار المريخ.

٢. الباز، راشد بن سعد (٢٠١٠م) الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.

٣. الباهي، زينب، عبد التواب، ناصر(٢٠٠١م) دور الخدمة الاجتماعية في التعرف على الضغوط التى تدفع الزوجة لممارسة العنف ضد الزوج، بحث منشور،المؤتمر العلمي للخدمة الاجتماعية الرابع عشر، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

٤. بدوي أحمد زكي(١٩٩٣م) معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، بيروت، مكتبة لبنان.

٥. برقاوي، خالد يوسف(٢٠٠٧م) العنف الأسري وإسهامات الخدمة الاجتماعية في التصدي له، بحث منشور، مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية.

٦. توفيق، محمد نجيب(٢٠٠٢م) قضايا المرأة والسلام الإجتماعى من منظور الخدمة الاجتماعية ، بحث منشور ، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة حلوان.

٧. الجبرين، جبرين على(١٤٢٦هـ) العنف الأسري خلال مراحل الحياة،الرياض، مؤسسة الملك خالد.

٨. جلبي، على عبد الرازق (٢٠٠٠م) تصميم البحث الاجتماعي الأسس والاستراتيجيات الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٩. حافظ ناهده عبد الكريم ، وزيد عبد الكريم جايد (١٩٩٠م) الخدمة الاجتماعية الطبية ، جامعة بغداد.

١٠. حجازي، هدى، الميزر، هند (٢٠١٢م) الممارسة المهنية للخدمة الاجتماعية في التعامل مع مشكلات العنف الاسرى في المملكة العربية السعودية، بحث منشور،المؤتمر الدولي للخدمة الاجتماعية الخامس والعشرين، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

١١. الحربي سلمي بنت محمد بن سليم(٢٠٠٨م) العنف الموجه ضد المرأة ومساندته المجتمع لها، رسالة ماجستير غير منشورة، مكة المكرمة، جامعه أم القرى، قسم علم النفس.

١٢. حسن، محمد محمود(٢٠٠٦م) إسهامات طريقة خدمة الفرد في الحد من ظاهرة العنف المجتمعي تجاه المرأة والطفل، بحث منشور ، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية،القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية، ع٧، ج١.

١٣. حمزة، فرحان محمد(١٩٩٤م) العدائية لدى طلبة الجامعة المقبولين والمرفوضين اجتماعياً، رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة إلى كلية الآداب جامعة بغداد.

١٤. خاطر، أحمد مصطفى (1984) طريقة تنظيم المجتمع، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.

١٥. دليل الوصف الوظيفي للخدمة الاجتماعية الطبية (١٤٢٢هـ) وزارة الصحة ، المملكة العربية السعودية.
١٦. الرديعان، خالد(٢٠٠٩م) العنف الأسري ضد المرأة " دراسة وصفية على عينة من النساء في مدينة الرياض"، مجلة البحوث الأمنية، : كلية الملك فهد الأمنية، الرياض.
١٧. رشوان، حسين عبد الحميد(٢٠٠٣م)الأسرة والمجتمع الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.
١٨. الساعاتي، سامية(٢٠٠٥م)المرأة والمجتمع المعاصر ،القاهرة، الدار المصرية للطباعة والنشر.
١٩. السكري أحمد شفيق (٢٠٠٠م) قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية، الإسكندرية ،دار المعرفة الجامعية .
٢٠. السنهورى، عبد المنعم يوسف، واخرون (٢٠١٠م) الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى وتأهيل المعاقين ، طنطا، مطابع غباشى.
٢١. الشهراني، عائض (٢٠٠٨م) الخدمة الاجتماعية وظاهرة العنف الاسري، بحث مقدم لمؤتمر الاسرة والتغيرات المعاصرة، الجمعية السعودية لعلم الاجتماع والخدمة الاجتماعية.
٢٢. شوقي، طريف(٢٠٠٠م) العنف في الأسرة المصرية،القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
٢٣. الشيخ، حسن عبد السلام(٢٠٠٥م) علاقة بعض المتغيرات الأسرية بالعنف ضد الأطفال ، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثامن عشر،جامعه حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية .
٢٤. الصديقي، سلوى عثمان (١٩٩٨م) أساسيات في طريقة العمل مع الحالات الفردية في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
٢٥. عبد الخالق، جلال الدين (١٩٩٩م) الملامح المعاصرة للموقف النظري في طريقة العمل مع الحالات الفردية"الحدود والمعالجة"، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
٢٦. عبد العال، عبد الحليم رضا(١٩٩٩م)البحث فى الخدمة الاجتماعية، دار الثقافة للطباعة والنشر ، القاهرة.
٢٧. عبد اللطيف، رشاد(٢٠٠٥م) الادوار والمسئوليات والمداخل المهنية لمواجهة العنف الاسري، بحث منشور،المؤتمر الاقليمي لحماية الاسرة من العنف، العمل لحماية الاسرة، جامعة الدول العربية، ادارة الاسرة الطفولة، قطاع الاسرة، المملكة العربية السعودية.
٢٨. عبد الوهاب، ليلي(١٩٩٤م) العنف الأسري ضد المرأة، بحث منشور،القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
٢٩. العشماوى، السيد متولى واخرون(٢٠٠٩م) الخدمة الاجتماعية الطبية ورعاية المعوقين ، طنطا ، مطبعة الجامعة .

٣٠. عقل، منال(٢٠٠٤م) بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على جرائم العنف الأسري ضد المرأة، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعه عين شمس، كلية الآداب.
٣١. الغامدي، محمد سعيد وآخرون(٢٠٠٨م) خصائص العنف فى المجتمع السعودي، بحث منشور، مجلة القاهرة للخدمة الاجتماعية، القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.
٣٢. غبارى، محمد سلامة(٢٠٠٣م) دور الأخصائى الاجتماعى فى المجال الطبى، المكتب الجامعى الحديث ، الاسكندرية.
٣٣. غيث، عاطف (١٩٩٤م) قاموس علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
٣٤. فتحي، مديحه مصطفي(٢٠٠٧م) ثقافة الفقر والعنف الأسري، بحث منشور، المؤتمر العلمي الثالث القاهرة، المعهد العالي للخدمة الاجتماعية.
٣٥. قاسم ، اماني رفعت (٢٠٠٩م) نحو برنامج مقترح لتنمية المهارات للأخصائيين الاجتماعيين في العمل مع حالات العنف الاسري، بحث منشور ، مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية،ع٢٦، ج١، القاهرة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
٣٦. قاسم، مصطفى محمد قاسم (٢٠٠٢م) استخدام الأخصائي الاجتماعي في المجال الطبي لمهارات عملية المساعدة، بحث منشور، المؤتمر العلمي الخامس عشر، كلية الخدمة الاجتماعية ، جامعة القاهرة، فرع الفيوم.
٣٧. القاطرجي، نهى عدنان(٢٠٠٨م) العنف الأسرى بين الإعلانات الدولية والشريعة الإسلامية، بحث منشور، منظمة المؤتمر الإسلامي الدولي، الإمارات العربية المتحدة.
٣٨. قناوي، شادية على(١٩٩٦م) نحو تفسير آليات العنف في المجتمع المصري، رؤية فسيولوجية أصولية، كلية الإنسانيات والعلوم الاجتماعية، جامعه قطر.
٣٩. مجذوب، فاروق(١٩٩٢م) دينامية المجال العدواني عند الإنسان، مجلة الثقافة النفسية ، العدد التاسع ، المجلد الثالث ك٢.
٤٠. المعتمد(٢٠٠٠م) قاموس عربي . عربي، بيروت، لبنان.
٤١. المليجى، عبد الهادي (٢٠٠٢) الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث.
٤٢. مليكه، لويس كامل(١٩٧٠م) سيكولوجية الجماعات والقيادة،القاهرة،مكتبة النهضة المصرية.
٤٣. المملكة العربية السعودية (١٤١٨هـ)، وزارة الصحة، الكتاب الإحصائي.
٤٤. منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٢م) التقرير العالمي حول العنف والصحة،القاهرة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.
٤٥. منير البعلبكي(١٩٩٧م) قاموس المورد، بيروت، دار العلم للملايين.

٤٦. ناجي، محمود وسلامه منصور (١٩٩٨م) تصور مقترح لدور الخدمة الاجتماعية المدرسية فى مواجهة مشكلة العنف لدي طلاب المرحلة الثانوية، بحث منشور، ج٣،جامعه الأزهر، كلية الدراسات الإنسانية.

النماس، احمد (2000) الخدمة الاجتماعية الطبية، دار النهضة العربية، ط١، بيروت

المراجع الاجنبية:

1. Bandore & Walters, R., (١٩٨٣) Social Learning and Personality Development, (N.Y.) HOH Reni chart and Winston.
2. Brian, Payne, (2008) Domestic Violence and Criminal Justice Training Needs Social Service Worker, Journal of Criminal Justice, Vol 36 (2).
3. Butler Patrick (2009) Identifying Predictions of Behavior and Treatment Attrition in Domestic Violence of Fender Treatment, PhD., University of South Carolina.
4. Coleman, J., & Cresses, D.,(1987) Domestic violence and Sexual abuse. University Press.
5. Donald Bried and others (1985) Contemporary social work An introduction to social welfare, New York, megrownill,.
6. Gilles, R., & Straus, M.,(1989) Physical Violence in American Families, Risk Factor and Adaption to Violence, New Brunswick N.Y.
7. Hesler, S., & Eglin (1992), Sociology of Crime, London, Rutledge .
8. Katz Alfred H. Marlin Knute (1992) Hand books of services for Handicapped , Candon , Green wood Press.
9. Maloke , zaalouk (١٩٨٩) Violence in the family the Case of Wife Battering in Egypt , the National Country Social and Criminological Research Vol 26.
10. Webster's (1986) Ninth New collegiate Dictionary , Merriam Webster Publisher Springfield Massachusetts , U.S.A.